



GOLD KIDNEY HEALTH PLAN

Requisitos de autorización previa 1/1/2025

ABALOPARATIDO

Productos afectados

- TYMLOS

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	24 MESES
Otros criterios	OSTEOPOROSIS: NO HA RECIBIDO UN TOTAL DE 24 MESES DE TRATAMIENTO ACUMULATIVO CON CUALQUIER TERAPIA DE HORMONA PARATIROIDEA.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

ABATACEPT IV

Productos afectados

- ORENCIA (CON MALTOSA)

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	INICIAL: ARTRITIS REUMATOIDE (RA), ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL POLIARTICULAR (PJIA): PRESCRITOS POR UN REUMATÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL. ARTRITIS PSORIÁSICA (APS): PRESCRITA POR UN DERMATÓLOGO O REUMATÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉSTOS.
Duración de la cobertura	RA, PJIA, PSA: INICIAL: 6 MESES, RENOVACIÓN: 12 MESES. ENFERMEDAD AGUDA DE INJERTO CONTRA HUÉSPED (AGVHD): 1 MO.
Otros criterios	INITIAL: RA: TRIAL OF OR CONTRAINDICATION TO 3 MONTHS OF TREATMENT WITH ONE DMARD (DISEASE-MODIFYING ANTIRHEUMATIC DRUG) - IF PATIENT TRIED METHOTREXATE, THEN TRIAL AT A DOSE GREATER THAN OR EQUAL TO 20 MG PER WEEK OR MAXIMALLY TOLERATED DOSE IS REQUIRED. PJIA, PSA 1): TRIAL OF OR CONTRAINDICATION TO ONE DMARD, AND 2) NO CONCURRENT USE WITH ANOTHER SYSTEMIC BIOLOGIC OR TARGETED SMALL MOLECULES (E.G., JAK INHIBITOR, PDE-4 INHIBITOR) FOR AN AUTOIMMUNE INDICATION. RENEWAL: RA: CONTINUES TO BENEFIT FROM THE MEDICATION. PJIA, PSA: 1) CONTINUES TO BENEFIT FROM THE MEDICATION, AND 2) NO CONCURRENT USE WITH ANOTHER SYSTEMIC BIOLOGIC OR TARGETED SMALL MOLECULES (E.G., JAK INHIBITOR, PDE-4 INHIBITOR) FOR AN AUTOIMMUNE INDICATION.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	

Actualizado 10/2024

Criterios AP	Detalles de los criterios
Parte B Requisitos previos	No

ABATACEPT SQ

Productos afectados

- ORENCIA - ORENCIA CLICKJECT

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	<p>INICIAL: ARTRITIS REUMATOIDE (RA), ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL POLIARTICULAR (PJIA): PRESCRITOS POR UN REUMATÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL. ARTRITIS PSORIÁSICA (APS): PRESCRITA POR UN DERMATÓLOGO O REUMATÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉSTOS.</p>
Duración de la cobertura	<p>INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.</p>
Otros criterios	<p>INITIAL: RA: TRIAL OF OR CONTRAINDICATION TO 3 MONTHS OF TREATMENT WITH ONE DMARD (DISEASE-MODIFYING ANTIRHEUMATIC DRUG) - IF PATIENT TRIED METHOTREXATE, THEN TRIAL AT A DOSE GREATER THAN OR EQUAL TO 20 MG PER WEEK OR MAXIMALLY TOLERATED DOSE IS REQUIRED. PJIA, PSA: 1) TRIAL OF OR CONTRAINDICATION TO ONE DMARD, AND 2) NO CONCURRENT USE WITH ANOTHER SYSTEMIC BIOLOGIC OR TARGETED SMALL MOLECULES (E.G., JAK INHIBITOR, PDE-4 INHIBITOR) FOR AN AUTOIMMUNE INDICATION. RENEWAL: RA: CONTINUES TO BENEFIT FROM THE MEDICATION. PJIA, PSA: 1) CONTINUES TO BENEFIT FROM THE MEDICATION, AND 2) NO CONCURRENT USE WITH ANOTHER SYSTEMIC BIOLOGIC OR TARGETED SMALL MOLECULES (E.G., JAK INHIBITOR, PDE-4 INHIBITOR) FOR AN AUTOIMMUNE INDICATION.</p>
Indicaciones	<p>Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.</p>
Otros usos	

Actualizado 10/2024

Criterios AP	Detalles de los criterios
Parte B Requisitos previos	No

ABEMACICLIB

Productos afectados

- VERZENIO

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

ABIRATERONA

Productos afectados

- *abiraterona*

Criterios AP	Criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO DE ALTO RIESGO SENSIBLE A LA CASTRACIÓN (MCSPC), CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO RESISTENTE A LA CASTRACIÓN (MCRPC): 1) HABER RECIBIDO UNA ORQUIECTOMÍA BILATERAL, 2) NIVEL DE TESTOSTERONA CASTRADO (ES DECIR, INFERIOR A 50 NG/DL), O 3) USO CONCOMITANTE CON UN ANÁLOGO DE LA HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINA (GNRH).
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

ABIRATERONA SUBMICRONIZADA

Productos afectados

- YONSA

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	CÁNCER DE PRÓSTATA RESISTENTE A LA CASTRACIÓN METASTÁSICO (CCRPM): 1) RECIBIDO UNA ORQUIECTOMÍA BILATERAL, 2) NIVEL DE TESTOSTERONA CASTRADO (ES DECIR, INFERIOR A 50 NG/DL), O 3) USO CONCOMITANTE CON UN ANÁLOGO DE LA HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINA (GNRH).
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

ACALABRUTINIB

Productos afectados

- CALQUENCE
- CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL)

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	PRUEBA DE O CONTRAINDICACIÓN A UNO DE LOS AGENTES PREFERIDOS: BRUKINSA O IMBRUVICA, CUANDO LAS INDICACIONES COINCIDAN.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

ADAGRASIB

Productos afectados

- KRAZATI

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

ADALIMUMAB

Productos afectados

- LÁPIZ HUMIRA
- HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS INICIO
- HUMIRA PEN PSOR-UEVITS-ADOL HS
- HUMIRA KIT JERINGA SUBCUTÁNEA 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

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	INICIAL: PSORIASIS EN PLACAS (PSO): PSORIASIS QUE CUBRE EL 3% O MÁS DE LA SUPERFICIE CORPORAL O LESIONES PSORIÁSICAS QUE AFECTAN A LAS MANOS, LOS PIES, LA CARA O LA ZONA GENITAL.
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	INICIAL: RA, PJIA, ESPONDILITIS ANQUILOSANTE (AS): PRESCRITO POR EL REUMATÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉSTE. ARTRITIS PSORIÁSICA (APS): PRESCRITA POR UN DERMATÓLOGO O REUMATÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉSTOS. PSO, HIDRADENITIS SUPURATIVA (HS): PRESCRITOS POR UN DERMATÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉSTE. ENFERMEDAD DE CROHN (EC), COLITIS ULCEROSA (CU): PRESCRITAS POR O EN CONSULTA CON EL GASTROENTERÓLOGO. UVEÍTIS: PRESCRITA POR UN OFTALMÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉSTE.
Duración de la cobertura	INICIAL: RA, PSO, PJIA, AS, PSA, CD, UC, UVEITIS: 6 MESES, HS: 3 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.

Otros criterios	INICIAL: ARTRITIS REUMATOIDE (RA): PRUEBA DE O CONTRAINDICACIÓN A 3 MESES DE TRATAMIENTO CON UN DMARD (FÁRMACO ANTIRREUMÁTICO MODIFICADOR DE LA ENFERMEDAD) - SI EL PACIENTE PROBÓ METOTREXATO, ENTONCES SE REQUIERE PRUEBA A UNA DOSIS MAYOR O IGUAL A 20 MG POR SEMANA O DOSIS MÁXIMA TOLERADA. ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL POLIARTICULAR (PJIA),
Criterios AP	Detalles de los criterios

	<p>PSA: 1) TRIAL OF OR CONTRAINDICATION TO ONE DMARD, AND 2) NO CONCURRENT USE WITH ANOTHER SYSTEMIC BIOLOGIC OR TARGETED SMALL MOLECULES (E.G., JAK INHIBITOR, PDE-4 INHIBITOR) FOR AN AUTOIMMUNE INDICATION. AS: 1) TRIAL OF OR CONTRAINDICATION TO AN NSAID AND 2) NO CONCURRENT USE WITH ANOTHER SYSTEMIC BIOLOGIC OR TARGETED SMALL MOLECULES (E.G., JAK INHIBITOR, PDE-4 INHIBITOR) FOR AN AUTOIMMUNE INDICATION. PSO: 1) ONE OF THE FOLLOWING: (A) AT LEAST A 3 MONTH TRIAL OF ONE ORAL IMMUNOSUPPRESSANT (CYCLOSPORINE, METHOTREXATE, TACROLIMUS) OR PUVA (PHOTOTHERAPY) FOR THE TREATMENT OF PSO, (B) CONTRAINDICATION OR INTOLERANCE TO BOTH IMMUNOSUPPRESSANT AND PUVA FOR THE TREATMENT OF PSO, OR (C) PATIENT IS SWITCHING FROM A DIFFERENT BIOLOGIC, PDE-4 INHIBITOR, OR JAK INHIBITOR FOR THE SAME INDICATION, AND 2) NO CONCURRENT USE WITH ANOTHER SYSTEMIC BIOLOGIC OR TARGETED SMALL MOLECULES (E.G., JAK INHIBITOR, PDE-4 INHIBITOR) FOR AN AUTOIMMUNE INDICATION. CD, UC: 1) TRIAL OF OR CONTRAINDICATION TO ONE CONVENTIONAL THERAPY (E.G., CORTICOSTEROID [E.G., BUDESONIDE, METHYLPREDNISOLONE], AZATHIOPRINE, MERCAPTOPYRINE, METHOTREXATE, MESALAMINE), AND 2) NO CONCURRENT USE WITH ANOTHER SYSTEMIC BIOLOGIC OR TARGETED SMALL MOLECULES (E.G., JAK INHIBITOR, PDE-4 INHIBITOR) FOR AN AUTOIMMUNE INDICATION. HS: NO CONCURRENT USE WITH OTHER SYSTEMIC BIOLOGICS FOR HS OR TNF INHIBITORS FOR ANY INDICATION. UVEITIS: NO ISOLATED ANTERIOR UVEITIS. RENEWAL: RA, HS, UVEITIS: CONTINUES TO BENEFIT FROM THE MEDICATION. PJIA, PSA, AS, PSO: 1) CONTINUES TO BENEFIT FROM THE MEDICATION, AND 2) NO CONCURRENT USE WITH ANOTHER SYSTEMIC BIOLOGIC OR TARGETED SMALL MOLECULES (E.G., JAK INHIBITOR, PDE-4 INHIBITOR) FOR AN AUTOIMMUNE INDICATION. CD, UC: NO CONCURRENT USE WITH ANOTHER SYSTEMIC BIOLOGIC OR TARGETED SMALL MOLECULES (E.G., JAK INHIBITOR, PDE-4 INHIBITOR) FOR AN AUTOIMMUNE INDICATION.</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	

Actualizado 10/2024

Criterios AP	Detalles de los criterios
Parte B Requisitos previos	No

AFATINIB

Productos afectados

- GILOTRIF

Criterios AP	Criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO METASTÁSICO (CPNM) CON MUTACIÓN DEL EGFR: NO EN TERAPIA CONCURRENTES CON UN INHIBIDOR DE LA TIROSINA QUINASA EGFR.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

ALECTINIB

Productos afectados

- ALECONSA

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

ALPELISIB-PIQRAY

Productos afectados

- PIQRAY COMPRIMIDO ORAL 200 MG/DÍA (200 MG X 1), 250 MG/DÍA (200 MG X 1-50 MG X1), 300 MG/DÍA (150 MG X 2)

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

AMBRISENTAN

Productos afectados

- *ambrisentan*

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR (HAP): INICIAL: DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR CATETERISMO CARDÍACO DERECHO CON LOS SIGUIENTES PARÁMETROS: 1) PRESIÓN ARTERIAL PULMONAR MEDIA (PAP) SUPERIOR A 20 MMHG, 2) PRESIÓN CAPILAR PULMONAR EN CUÑA (PCWP) IGUAL O INFERIOR A 15 MMHG, Y 3) RESISTENCIA VASCULAR PULMONAR (PVR) SUPERIOR A 2 UNIDADES WOOD.
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	PAH: INICIAL: PRESCRITO POR O EN CONSULTA CON UN CARDIÓLOGO O NEUMÓLOGO.
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	PAH: INICIAL: NO TIENE FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

AMIKACINA LIPOSOMAL INH

Productos afectados

- ARIKAYCE

Criterios AP	Criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	ENFERMEDAD PULMONAR POR COMPLEJO MYCOBACTERIUM AVIUM (MAC): RENOVACIÓN: 1) NINGÚN CULTIVO DE ESPUTO POSITIVO PARA MAC TRAS CULTIVOS NEGATIVOS CONSECUTIVOS, Y 2) MEJORÍA DE LOS SÍNTOMAS. ADEMÁS, PARA LA PRIMERA RENOVACIÓN, LA APROBACIÓN REQUIERE AL MENOS UN CULTIVO DE ESPUTO NEGATIVO PARA MAC ANTES DE SEIS MESES DE TRATAMIENTO CON ARIKAYCE. PARA LA SEGUNDA Y POSTERIORES RENOVACIONES, LA APROBACIÓN REQUIERE AL MENOS TRES CULTIVOS DE ESPUTO NEGATIVOS PARA MAC ANTES DE LOS 12 MESES DE TRATAMIENTO CON ARIKAYCE.
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	ENFERMEDAD PULMONAR MAC: INICIAL: PRESCRITO POR O EN CONSULTA CON UN NEUMÓLOGO O ESPECIALISTA EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS.
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 6 MESES.
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

AMIVANTAMAB-VMJW

Productos afectados

- RYBREVANT

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la 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 aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

ANAKINRA

Productos afectados

- KINERET

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	ENFERMEDAD POR CORONAVIRUS 2019 (COVID-19) EN ADULTOS HOSPITALIZADOS.
Información médica obligatoria	INICIAL: 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 (ES DECIR, CRP, ESR, PROTEÍNA AMILOIDE A SÉRICA (SAA) O PROTEÍNAS S100 ELEVADAS), Y 2) DOS DE LOS SIGUIENTES ERUPCIÓN DE TIPO URTICARIAL (DERMATITIS NEUTROFÍLICA), EPISODIOS DESENCADENADOS POR EL FRÍO, HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, SÍNTOMAS MUSCULOESQUELÉTICOS, MENINGITIS ASÉPTICA CRÓNICA, ANOMALÍAS ESQUELÉTICAS. 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 GEN IL1RN, O (B) TIENE MARCADORES INFLAMATORIOS (ES DECIR, CRP ELEVADO, ESR), Y 2) UNO DE LOS SIGUIENTES: ERUPCIONES PUSTULOSAS SIMILARES A LA PSORIASIS, OSTEOMIELITIS, AUSENCIA DE OSTEOMIELITIS BACTERIANA, ONICOMADESIS.
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	INICIAL: ARTRITIS REUMATOIDE (RA): PRESCRITA POR UN REUMATÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL.
Duración de la cobertura	RA: INICIAL: 6 MESES, RENOVACIÓN: 12 MESES. CAPS, DIRA: DE POR VIDA.
Otros criterios	INICIAL: RA: PRUEBA DE O CONTRAINDICACIÓN A DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: ENBREL, HUMIRA, XELJANZ, RINVOQ, ORENCIA. CAPS, DIRA: NO USO CONCURRENTENTE CON OTROS INHIBIDORES DE IL-1. RENOVACIÓN: RA: SIGUE BENEFICIÁNDOSE DE LA MEDICACIÓN.

Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	

Actualizado 10/2024

Criterios AP	Detalles de los criterios
Parte B Requisitos previos	No

APALUTAMIDA

Productos afectados

- ERLEADA COMPRIMIDO ORAL
240 MG, 60 MG

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	INITIAL: NON-METASTATIC CASTRATION-RESISTANT PROSTATE CANCER (NMCRPC): HIGH RISK PROSTATE CANCER (I.E., RAPIDLY INCREASING PROSTATE SPECIFIC ANTIGEN [PSA] LEVELS). NMCRPC, METASTATIC CASTRATION-SENSITIVE PROSTATE CANCER (MCSPC): 1) RECEIVED A BILATERAL ORCHIECTOMY, 2) CASTRATE LEVEL OF TESTOSTERONE (I.E., LESS THAN 50 NG/DL), OR 3) CONCURRENT USE WITH A GONADOTROPIN RELEASING HORMONE (GNRH) ANALOG. RENEWAL: NMCRPC, MCSPC: 1) RECEIVED A BILATERAL ORCHIECTOMY, 2) CASTRATE LEVEL OF TESTOSTERONE (I.E., LESS THAN 50 NG/DL), OR 3) CONCURRENT USE WITH A GNRH ANALOG.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

APOMORFINA

Productos afectados

- *apomorfina*

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Información médica obligatoria	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Restricciones de edad	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Restricciones para los prescriptores	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Duración de la cobertura	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Otros criterios	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Indicaciones	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Otros usos	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Parte B Requisitos previos	No

APOMORFINA - SL

Productos afectados

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

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	ENFERMEDAD DE PARKINSON (EP): INICIAL: 18 AÑOS O MÁS.
Restricciones para los prescriptores	PD: INICIAL: PRESCRITO POR UN NEURÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL.
Duración de la cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros criterios	PD: INICIAL: EL MÉDICO HA OPTIMIZADO LA TERAPIA FARMACOLÓGICA PARA LA ENFERMEDAD DE PARKINSON. RENOVACIÓN: MEJORÍA CON FLUCTUACIONES MOTORAS DURANTE EPISODIOS OFF CON EL USO DE TERAPIA.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

APREMILAST

Productos afectados

- OTEZLA
- OTEZLA STARTER

Criterios AP	Criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	INITIAL: MILD PLAQUE PSORIASIS (PSO): 1) PSORIASIS COVERING 2 PERCENT OF BODY SURFACE AREA (BSA), 2) STATIC PHYSICIAN GLOBAL ASSESSMENT (SPGA) SCORE OF 2, OR 3) PSORIASIS AREA AND SEVERITY INDEX (PASI) SCORE OF 2 TO 9. MODERATE TO SEVERE PSO: PSORIASIS COVERING 3 PERCENT OR MORE OF BSA, OR PSORIATIC LESIONS AFFECTING THE HANDS, FEET, FACE, OR GENITAL AREA.
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	INITIAL: PSORIATIC ARTHRITIS (PSA): PRESCRIBED BY OR INCONSULTATION WITH A DERMATOLOGIST OR RHEUMATOLOGIST. PSO: PRESCRIBED BY OR IN CONSULTATION WITH A DERMATOLOGIST. BEHCETS DISEASE: PRESCRIBED BY OR IN CONSULTATION WITH A RHEUMATOLOGIST.
Duración de la cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.

Otros criterios	<p>INITIAL: PSA: 1) TRIAL OF OR CONTRAINDICATION TO ONE DMARD (DISEASE-MODIFYING ANTIRHEUMATIC DRUG), AND 2) NO CONCURRENT USE WITH ANOTHER SYSTEMIC BIOLOGIC OR TARGETED SMALL MOLECULES (E.G., JAK INHIBITOR, PDE-4 INHIBITOR) FOR AN AUTOIMMUNE INDICATION. MILD PSO: TRIAL OF OR CONTRAINDICATION TO ONE CONVENTIONAL SYSTEMIC THERAPY (E.G., METHOTREXATE, ACITRETIN, CYCLOSPORINE) OR ONE CONVENTIONAL TOPICAL THERAPY (E.G., PUVA [PHOTOTHERAPY], UVB [ULTRAVIOLET LIGHT B], TOPICAL CORTICOSTEROIDS). MODERATE TO SEVERE PSO: 1) ONE OF THE FOLLOWING: (A) AT LEAST A 3 MONTH TRIAL OF ONE ORAL IMMUNOSUPPRESSANT (CYCLOSPORINE, METHOTREXATE, TACROLIMUS) OR PUVA (PHOTOTHERAPY)</p>
Criterios AP	Detalles de los criterios
	<p>FOR THE TREATMENT OF PSO, (B) CONTRAINDICATION OR INTOLERANCE TO BOTH IMMUNOSUPPRESSANT AND PUVA FOR THE TREATMENT OF PSO, OR (C) PATIENT IS SWITCHING FROM A DIFFERENT BIOLOGIC, PDE-4 INHIBITOR, OR JAK INHIBITOR FOR THE SAME INDICATION, AND 2) NO CONCURRENT USE WITH ANOTHER SYSTEMIC BIOLOGIC OR TARGETED SMALL MOLECULES (E.G., JAK INHIBITOR, PDE-4 INHIBITOR) FOR AN AUTOIMMUNE INDICATION. BEHCETS DISEASE: 1) HAS ORAL ULCERS OR A HISTORY OF RECURRENT ORAL ULCERS BASED ON CLINICAL SYMPTOMS, AND 2) TRIAL OF OR CONTRAINDICATION TO ONE OR MORE CONSERVATIVE TREATMENTS (E.G., COLCHICINE, TOPICAL CORTICOSTEROID, ORAL CORTICOSTEROID). RENEWAL: MILD PSO, BEHCETS DISEASE: CONTINUES TO BENEFIT FROM THE MEDICATION. PSA, MODERATE TO SEVERE PSO: 1) CONTINUES TO BENEFIT FROM THE MEDICATION, AND 2) NO CONCURRENT USE WITH ANOTHER SYSTEMIC BIOLOGIC OR TARGETED SMALL MOLECULES (E.G., JAK INHIBITOR, PDE-4 INHIBITOR) FOR AN AUTOIMMUNE INDICATION.</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos	No

previos	
----------------	--

Actualizado 10/2024

ASCIMINIB

Productos afectados

- SCEMBLIX COMPRIMIDOS
ORALES 100 MG, 20 MG, 40 MG

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	PHILADELPHIA CHROMOSOME-POSITIVE CHRONIC MYELOID LEUKEMIA (Ph+ CML): MUTATIONAL ANALYSIS PRIOR TO INITIATION AND SCEMBLIX IS APPROPRIATE PER NCCN GUIDELINE TABLE FOR TREATMENT RECOMMENDATIONS BASED ON BCR-ABL1 MUTATION PROFILE.
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

ASFOTASE ALFA

Productos afectados

- STRENSIQ

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	HIPOFOSFATASIA (HPP): INICIAL: PRESCRITO POR O EN CONSULTA CON UN ENDOCRINÓLOGO, GENETISTA O ESPECIALISTA EN METABOLISMO.
Duración de la cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	<p>INITIAL: PERINATAL/INFANTILE-ONSET HPP: 1) 6 MONTHS OF AGE OR YOUNGER AT ONSET OF HPP, AND 2) POSITIVE FOR A TISSUE NON-SPECIFIC ALKALINE PHOSPHATASE (TNSALP) (ALPL) GENE MUTATION AS CONFIRMED BY GENETIC TESTING OR TWO OF THE FOLLOWING: (A) SERUM ALKALINE PHOSPHATASE (ALP) LEVEL BELOW THAT OF NORMAL RANGE FOR PATIENT AGE, (B) ELEVATED SERUM PYRIDOXAL-5'-PHOSPHATE (PLP) LEVELS AND NO VITAMIN B6 SUPPLEMENTATION IN THE PREVIOUS WEEK, (C) URINE PHOSPHOETHANOLAMINE (PEA) LEVEL ABOVE THAT OF NORMAL RANGE FOR PATIENT AGE, (D) RADIOGRAPHIC EVIDENCE OF HPP, (E) AT LEAST TWO OF THE FOLLOWING: (I) RACHITIC CHEST DEFORMITY, (II) CRANIOSYNOSTOSIS,(III) DELAY IN SKELETAL GROWTH RESULTING IN DELAY OF MOTOR DEVELOPMENT, (IV) HISTORY OF VITAMIN B6 DEPENDENT SEIZURES, (V) NEPHROCALCINOSIS OR HISTORY OF ELEVATED SERUM CALCIUM, (VI) HISTORY OR PRESENCE OF NON-TRAUMATIC POSTNATAL FRACTURE AND DELAYED FRACTURE HEALING. JUVENILE-ONSET HPP:1) 18 YEARS OF AGE OR YOUNGER AT ONSET OF HPP, AND 2) POSITIVE FOR A TNSALP ALPL GENE MUTATION AS CONFIRMED BY GENETIC TESTING OR TWO OF THE</p>

FOLLOWING: (A) SERUM ALP LEVEL BELOW THAT OF NORMAL RANGE FOR PATIENT AGE, (B) ELEVATED SERUM PLP LEVELS AND NO VITAMIN B6 SUPPLEMENTATION IN THE PREVIOUS WEEK, (C) URINE PEA LEVEL ABOVE THAT OF NORMAL RANGE FOR PATIENT AGE, (D) RADIOGRAPHIC EVIDENCE OF HPP, (E) AT LEAST TWO OF THE FOLLOWING: (I) RACHITIC DEFORMITIES, (II) PREMATURE LOSS OF PRIMARY TEETH PRIOR TO 5 YEARS OF AGE, (III) DELAY IN SKELETAL GROWTH RESULTING IN DELAY OF MOTOR DEVELOPMENT, (IV) HISTORY OR PRESENCE OF NON- TRAUMATIC FRACTURES OR DELAYED FRACTURE HEALING. ALL INDICATIONS: 1) NOT CURRENTLY RECEIVING TREATMENT WITH A BISPHOSPHONATE, 2) CALCIUM OR PHOSPHATE LEVELS ARE NOT BELOW THE NORMAL RANGE,3) NOT HAVE A TREATABLE FORM OF RICKETS. RENEWAL: ALL INDICATIONS: 1) IMPROVEMENT IN THE SKELETAL CHARACTERISTICS OF HPP, AND 2) NOT CURRENTLY RECEIVING TREATMENT WITH A BISPHOSPHONATE.

Actualizado 10/2024

Criterios AP	Detalles de los criterios
	<p>SIGUIENTE: (A) NIVEL DE ALP EN SUERO POR DEBAJO DEL RANGO NORMAL PARA LA EDAD DEL PACIENTE, (B) NIVELES ELEVADOS DE PLP EN SUERO Y AUSENCIA DE SUPLEMENTOS 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:</p> <p>(I) DEFORMIDADES RAQUÍTICAS, (II) PÉRDIDA PREMATURA DE DIENTES PRIMARIOS ANTES DE LOS 5 AÑOS DE EDAD, (III) RETRASO EN EL CRECIMIENTO ESQUELÉTICO QUE PROVOQUE RETRASO EN EL DESARROLLO MOTOR, (IV) ANTECEDENTES O PRESENCIA DE FRACTURAS NO TRAUMÁTICAS O RETRASO EN LA CONSOLIDACIÓN DE FRACTURAS. TODAS LAS INDICACIONES: 1) NO ESTAR RECIBIENDO ACTUALMENTE TRATAMIENTO CON UN BIFOSFONATO, 2) LOS NIVELES DE CALCIO O FOSFATO NO ESTÁN POR DEBAJO DEL RANGO NORMAL, 3) NO PADECER UNA FORMA TRATABLE DE RAQUITISMO.</p> <p>RENOVACIÓN: TODAS LAS INDICACIONES: 1) MEJORA DE LAS CARACTERÍSTICAS ESQUELÉTICAS DEL HPP, Y 2) NO ESTAR RECIBIENDO ACTUALMENTE TRATAMIENTO CON UN BIFOSFONATO.</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

ATEZOLIZUMAB

Productos afectados

- TECENTRIQ

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

ATOGE PANT

Productos afectados

- QULIPTA

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	PREVENCIÓN DE LA MIGRAÑA: INICIAL: 1) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN A UNO DE LOS SIGUIENTES TRATAMIENTOS PREVENTIVOS DE LA MIGRAÑA: DIVALPROEX SÓDICO, TOPIRAMATO, PROPRANOLOL, TIMOLOL, Y 2) NO USO CONCURRENTES CON OTROS INHIBIDORES DE LA CGRP PARA LA PREVENCIÓN DE LA MIGRAÑA. RENOVACIÓN: 1) REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE MIGRAÑAS O CEFALÉAS, DE LA GRAVEDAD DE LAS MIGRAÑAS O DE LA DURACIÓN DE LAS MIGRAÑAS CON EL TRATAMIENTO, Y 2) NO UTILIZACIÓN SIMULTÁNEA CON OTROS INHIBIDORES DE LA CGRP PARA LA PREVENCIÓN DE LAS MIGRAÑAS.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

AVACOPAN

Productos afectados

- TAVNEOS

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	ANTI-NEUTROPHIL CYTOPLASMIC AUTOANTIBODY (ANCA)-ASSOCIATED VASCULITIS: INITIAL: ANCA SEROPOSITIVE (ANTI-PR3 OR ANTI-MPO).
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	VASCULITIS ASOCIADA A ANCA: INICIAL: PRESCRITA POR UN REUMATÓLOGO O NEFRÓLOGO O EN CONSULTA CON ELLOS.
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 6 MESES.
Otros criterios	VASCULITIS ASOCIADA A LA ANCA: RENOVACIÓN: SIGUE BENEFICIÁNDOSE DE LA TERAPIA.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

AVAPRITINIB

Productos afectados

- AYVAKIT

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

AVATROMBOPAG

Productos afectados

- DOPTELET (ENVASE DE 10 COMPRIMIDOS)
- DOPTELET (ENVASE DE 15 COMPRIMIDOS)
- DOPTELET (ENVASE DE 30 COMPRIMIDOS)

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Información médica obligatoria	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Restricciones de edad	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Restricciones para los prescriptores	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Duración de la cobertura	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Otros criterios	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Indicaciones	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Otros usos	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

AXITINIB

Productos afectados

- INLYTA COMPRIMIDO ORAL 1 MG, 5 MG

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

AZACITIDINA

Productos afectados

- ONUREG

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

AZTREONAM INHALADO

Productos afectados

- CAYSTON

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	7 AÑOS O MÁS
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

BECAPLERMIN

Productos afectados

- REGRANEX

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	ÚLCERAS NEUROPÁTICAS DIABÉTICAS: PRESCRITAS POR UN CIRUJANO VASCULAR, UN PODÓLOGO, UN ENDOCRINÓLOGO, UN MÉDICO QUE EJERZA EN UNA CLÍNICA ESPECIALIZADA EN HERIDAS O UN ESPECIALISTA EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS, O EN CONSULTA CON ELLOS.
Duración de la cobertura	3 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

BEDAQUILINA

Productos afectados

- SIRTURO

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	24 SEMANAS
Otros criterios	PULMONARY MULTI-DRUG RESISTANT TUBERCULOSIS (MDR-TB): SIRTURO USED IN COMBINATION WITH AT LEAST 3 OTHER ANTIBIOTICS FOR THE TREATMENT OF PULMONARY MDR-TB.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

BELIMUMAB

Productos afectados

- BENLYSTA SUBCUTÁNEO

Criterios de la AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	INITIAL: SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS (SLE): PRESCRIBED BY OR IN CONSULTATION WITH A RHEUMATOLOGIST. LUPUS NEPHRITIS (LN): PRESCRIBED BY OR IN CONSULTATION WITH A RHEUMATOLOGIST OR NEPHROLOGIST.
Duración de la cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros criterios	INITIAL: SLE: CURRENTLY TAKING CORTICOSTEROIDS, ANTIMALARIALS, NSAIDS, OR IMMUNOSUPPRESSIVE AGENTS. RENEWAL: SLE: PATIENT HAD CLINICAL IMPROVEMENT. LN: IMPROVEMENT IN RENAL RESPONSE FROM BASELINE LABORATORY VALUES (I.E., EGFR OR PROTEINURIA) AND/OR CLINICAL PARAMETERS.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

BELUMOSUDIL

Productos afectados

- REZUROCK

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

BELZUTIFAN

Productos afectados

- WELIREG

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

BENDAMUSTINE

Productos afectados

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

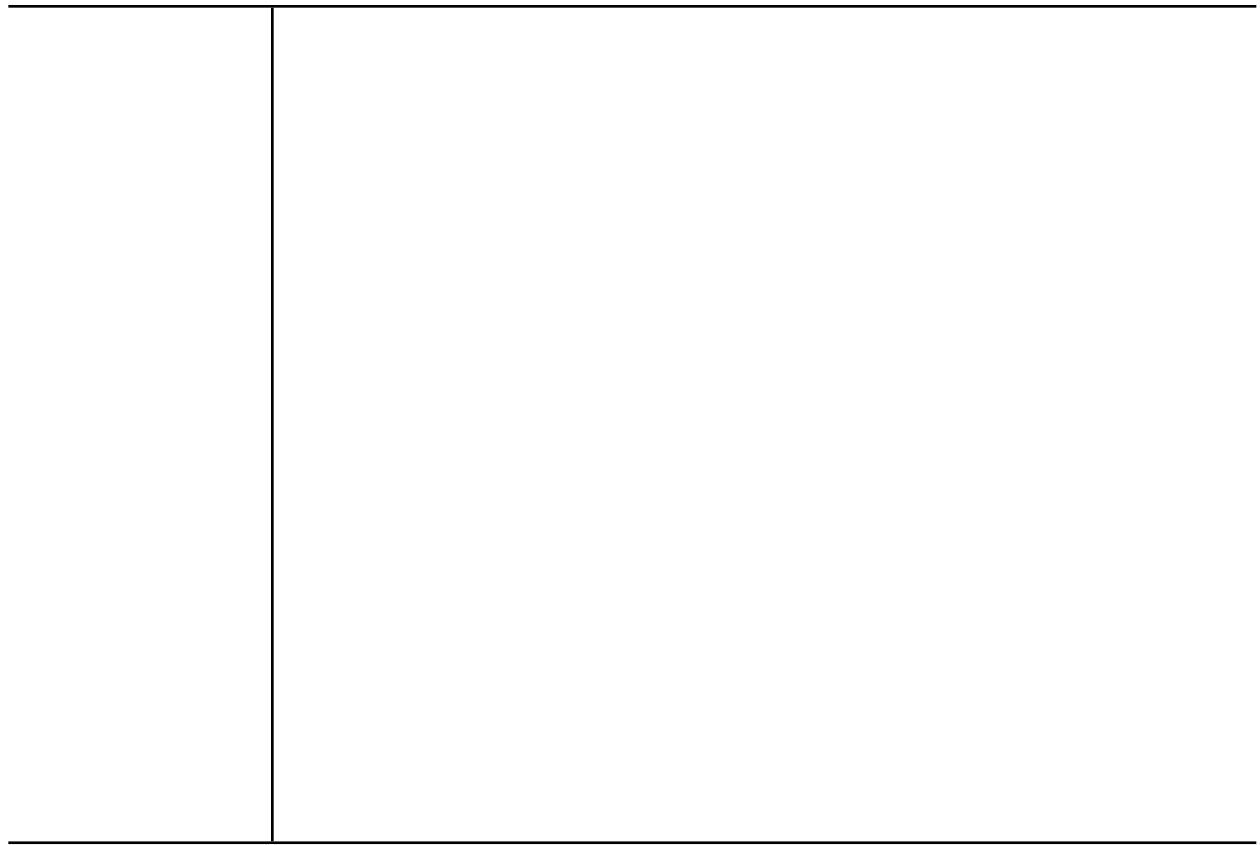
Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

BENRALIZUMAB

Productos afectados

- FASENRA - PEN FASENRA

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	ASTHMA: INITIAL: BLOOD EOSINOPHIL LEVEL OF AT LEAST 150 CELLS/MCL WITHIN THE PAST 12 MONTHS.
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	ASTHMA: INITIAL: PRESCRIBED BY OR IN CONSULTATION WITH A PHYSICIAN SPECIALIZING IN ALLERGY OR PULMONARY MEDICINE.
Duración de la cobertura	INICIAL: 4 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	<p>ASTHMA: INITIAL: 1) CONCURRENT THERAPY WITH A MEDIUM, HIGH-DOSE, OR MAXIMALLY TOLERATED DOSE OF AN INHALED CORTICOSTEROID (ICS) AND ONE OTHER MAINTENANCE MEDICATION, 2) ONE ASTHMA EXACERBATION REQUIRING SYSTEMIC CORTICOSTEROID BURST LASTING 3 OR MORE DAYS WITHIN THE PAST 12 MONTHS, OR AT LEAST ONE SERIOUS EXACERBATION REQUIRING HOSPITALIZATION OR ER VISIT WITHIN THE PAST 12 MONTHS, OR POOR SYMPTOM CONTROL DESPITE CURRENT THERAPY AS EVIDENCED BY AT LEAST THREE OF THE FOLLOWING WITHIN THE PAST 4 WEEKS: (A) DAYTIME ASTHMA SYMPTOMS MORE THAN TWICE/WEEK, (B) ANY NIGHT WAKING DUE TO ASTHMA, (C) SABA RELIEVER FOR SYMPTOMS MORE THAN TWICE/WEEK, (D) ANY ACTIVITY LIMITATION DUE TO ASTHMA, AND 3) NO CONCURRENT USE WITH XOLAIR, DUPIXENT, TEZSPIRE, OR OTHER ANTI-IL5 BIOLOGICS WHEN USED FOR ASTHMA.</p> <p>RENEWAL: 1) NO CONCURRENT USE WITH XOLAIR, DUPIXENT, TEZSPIRE, OR OTHER ANTI-IL5 BIOLOGICS WHEN USED FOR ASTHMA, 2) CONTINUED USE OF ICS AND ONE OTHER MAINTENANCE MEDICATION, AND 3) CLINICAL RESPONSE AS EVIDENCED BY: (A) REDUCTION IN ASTHMA EXACERBATIONS FROM</p>



Actualizado 10/2024

Criterios AP	Criterios
	BASELINE, (B) DECREASED UTILIZATION OF RESCUE MEDICATIONS, (C) INCREASE IN PERCENT PREDICTED FEV1 FROM PRETREATMENT BASELINE, OR (D) REDUCTION IN SEVERITY OR FREQUENCY OF ASTHMA-RELATED SYMPTOMS.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

BETAÍNA

Productos afectados

- *betaína*

Criterios AP	Criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

BEVACIZUMAB-ADCD

Productos afectados

- VEGZELMA

Criterios AP	Criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la 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 aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

BEVACIZUMAB-AWWB

Productos afectados

- MVASI

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la 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 aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

BEVACIZUMAB-BVZR

Productos afectados

- ZIRABEV

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la 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 aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

BEXAROTENE

Productos afectados

- *bexaroteno*

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

BINIMETINIB

Productos afectados

- MEKTOVI

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

BORTEZOMIB

Productos afectados

- *bortezomib inyectable*

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la 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 aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

BOSENTAN

Productos afectados

- *bosentan*

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	PULMONARY ARTERIAL HYPERTENSION (PAH): INITIAL: DIAGNOSIS CONFIRMED BY RIGHT HEART CATHETERIZATION WITH THE FOLLOWING PARAMETERS: 1) MEAN PULMONARY ARTERY PRESSURE (PAP) GREATER THAN 20 MMHG, 2) PULMONARY CAPILLARY WEDGE PRESSURE (PCWP) OF 15 MMHG OR LESS, AND 3) PULMONARY VASCULAR RESISTANCE (PVR) GREATER THAN 2 WOOD UNITS.
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	PAH: INICIAL: PRESCRITO POR O EN CONSULTA CON UN CARDIÓLOGO O NEUMÓLOGO.
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	PAH: INITIAL: 1) DOES NOT HAVE ELEVATED LIVER ENZYMES (ALT, AST) MORE THAN 3 TIMES UPPER LIMIT OF NORMAL (ULN) OR INCREASE IN BILIRUBIN BY 2 OR MORE TIMES ULN, AND 2) NO CONCURRENT USE WITH CYCLOSPORINE A OR GLYBURIDE. RENEWAL: NO CONCURRENT USE WITH CYCLOSPORINE A OR GLYBURIDE.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

BOSUTINIB

Productos afectados

- BOSULIF CÁPSULA ORAL 100 MG, 50 MG
- BOSULIF COMPRIMIDO ORAL 100 MG, 400 MG, 500 MG

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	PREVIOUSLY TREATED PHILADELPHIA CHROMOSOME-POSITIVE CHRONIC MYELOID LEUKEMIA (Ph+ CML): MUTATIONAL ANALYSIS PRIOR TO INITIATION AND BOSULIF IS APPROPRIATE PER NCCN GUIDELINE TABLE FOR TREATMENT RECOMMENDATIONS BASED ON BCR-ABL1MUTATION PROFILE.
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	PREVIOUSLY TREATED (Ph+ CML): MUTATIONAL ANALYSIS PRIOR TO INITIATION AND BOSULIF IS APPROPRIATE PER NCCN GUIDELINE TABLE FOR TREATMENT RECOMMENDATIONS BASED ON BCR-ABL1 MUTATION PROFILE.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

BRIGATINIB

Productos afectados

- ALUNBRIG COMPRIMIDO ORAL
180 MG, 30 MG, 90 MG
- ALUNBRIG COMPRIMIDOS
ORALES, ENVASE DOSIFICADOR

Criterios AP	Criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

INHIBIDOR DE LA ESTERASA C1-CINRYZE

Productos afectados

- CINRYZE

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	ANGIOEDEMA HEREDITARIO (HAE): INICIAL: DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR PRUEBAS DEL COMPLEMENTO.
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	HAE: INICIAL: PRESCRITO POR O EN CONSULTA CON UN HEMATÓLOGO, INMUNÓLOGO O ALERGÓLOGO.
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	HAE: INITIAL: NOT ON CONCURRENT TREATMENT WITH ALTERNATIVE PROPHYLACTIC AGENT FOR HAE ATTACKS. RENEWAL: 1) IMPROVEMENT COMPARED TO BASELINE IN HAE ATTACKS (I.E., REDUCTIONS IN ATTACK FREQUENCY OR ATTACK SEVERITY), AND 2) NOT ON CONCURRENT TREATMENT WITH ALTERNATIVE PROPHYLACTIC AGENT FOR HAE ATTACKS. THIS DRUG ALSO REQUIRES PAYMENT DETERMINATION AND MAY BE COVERED UNDER MEDICARE PART B OR D.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

INHIBIDOR DE LA ESTERASA C1-HAEGARDA

Productos afectados

- HAEGARDA SUBCUTÁNEA
RECON SOLN 2.000 UNIDAD,
3.000 UNIDAD

Criterios AP	Criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	ANGIOEDEMA HEREDITARIO (HAE): INICIAL: DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR PRUEBAS DEL COMPLEMENTO.
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	HAE: INICIAL: PRESCRITO POR O EN CONSULTA CON UN HEMATÓLOGO, INMUNÓLOGO O ALERGÓLOGO.
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	HAE: INITIAL: NOT ON CONCURRENT TREATMENT WITH ALTERNATIVE PROPHYLACTIC AGENT FOR HAE ATTACKS. RENEWAL: 1) IMPROVEMENT COMPARED TO BASELINE IN HAE ATTACKS (I.E., REDUCTIONS IN ATTACK FREQUENCY OR ATTACK SEVERITY), AND 2) NOT ON CONCURRENT TREATMENT WITH ALTERNATIVE PROPHYLACTIC AGENT FOR HAE ATTACKS.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

CABOZANTINIB CÁPSULA

Productos afectados

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

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

CABOZANTINIB COMPRIMIDO

Productos afectados

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

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

CANAKINUMAB

Productos afectados

- ILARIS (PF)

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	INITIAL: CRYOPYRIN-ASSOCIATED PERIODIC SYNDROMES (CAPS): 1) ONE OF THE FOLLOWING: (A) GENETIC TEST FOR GAIN-OF-FUNCTION MUTATIONS IN THE NLRP3 GENE, OR (B) HAS INFLAMMATORY MARKERS (I.E., ELEVATED CRP, ESR, SERUM AMYLOID A PROTEIN (SAA) OR S100 PROTEINS), AND 2) TWO OF THE FOLLOWING: URTICARIAL-LIKE RASH (NEUTROPHILIC DERMATITIS), COLD-TRIGGERED EPISODES, SENSORINEURAL HEARING LOSS, MUSCULOSKELETAL SYMPTOMS, CHRONIC ASEPTIC MENINGITIS, SKELETAL ABNORMALITIES.
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	INITIAL: SYSTEMIC JUVENILE IDIOPATHIC ARTHRITIS (SJIA), ADULT-ONSET STILL'S DISEASE (AOSD): PRESCRIBED BY OR IN CONSULTATION WITH A RHEUMATOLOGIST, DERMATOLOGIST, OR IMMUNOLOGIST. GOUT: PRESCRIBED BY OR IN CONSULTATION WITH A RHEUMATOLOGIST. RENEWAL: GOUT: PRESCRIBED BY OR IN CONSULTATION WITH A RHEUMATOLOGIST.
Duración de la cobertura	INITIAL: AOSD/SJIA: 6 MO, CAPS: LIFETIME, ALL OTHER DIAGNOSES: 12 MO. RENOVACIÓN: AOSD/SJIA/GOTA: 12 MESES

Otros criterios	INITIAL: CAPS: NO CONCURRENT USE WITH OTHER IL-1 INHIBITORS. AOSD, SJIA: 1) TRIAL OF OR CONTRAINDICATION TO ONE DMARD (DISEASE-MODIFYING ANTIRHEUMATIC DRUG), AND 2) NO CONCURRENT USE WITH ANOTHER SYSTEMIC BIOLOGIC OR TARGETED SMALL MOLECULES (E.G., JAK INHIBITOR, PDE-4 INHIBITOR) FOR AN AUTOIMMUNE INDICATION. GOUT: NO CONCURRENT USE WITH OTHER IL-1 INHIBITORS. RENEWAL: AOSD, SJIA: 1) CONTINUES TO BENEFIT FROM THE MEDICATION, AND 2) NO CONCURRENT USE WITH ANOTHER SYSTEMIC BIOLOGIC OR TARGETED SMALL MOLECULES (E.G., JAK INHIBITOR, PDE-4
------------------------	--

Actualizado 10/2024

Criterios AP	Criterios
	INHIBITOR) FOR AN AUTOIMMUNE INDICATION. GOUT: 1) NO CONCURRENT USE WITH OTHER IL-1 INHIBITORS, AND 2)IMPROVEMENT IN GOUT FLARES.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

CANNABIDIOL

Productos afectados

- EPIDIOLEX

Criterios AP	Criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	DRAVET SYNDROME (DS), LENNOX-GASTAUT SYNDROME (LGS), TUBEROUS SCLEROSIS COMPLEX (TSC): PRESCRIBED BY OR IN CONSULTATION WITH A NEUROLOGIST.
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	INITIAL: LENNOX-GASTAUT SYNDROME (LGS): TRIAL OF OR CONTRAINDICATION TO TWO OF THE FOLLOWING ANTIPILEPTIC MEDICATIONS: RUFINAMIDE, FELBAMATE, CLOBAZAM, TOPIRAMATE, LAMOTRIGINE, CLONAZEPAM.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

CAPIVASERTIB

Productos afectados

- TRUQAP

Criterios AP	Criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

CAPLACIZUMAB YHDP

Productos afectados

- KIT DE INYECCIÓN CABLIVI

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	ACQUIRED THROMBOTIC THROMBOCYTOPENIA PURPURA (ATTP): PRESCRIBED BY OR IN CONSULTATION WITH A HEMATOLOGIST.
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	ATTP: 1) CABLIVI WAS PREVIOUSLY INITIATED AS PART OF AN FDA APPROVED TREATMENT REGIMEN IN COMBINATION WITH PLASMA EXCHANGE AND IMMUNOSUPPRESSIVE THERAPY IN AN INPATIENT SETTING, AND 2) HAS NOT EXPERIENCED MORE THAN TWO RECURRENCES OF ATTP WHILE ON CABLIVI THERAPY (I.E., NEW DROP IN PLATELET COUNT REQUIRING REPEAT PLASMA EXCHANGE DURING 30 DAYS POST-PLASMA EXCHANGE THERAPY [PEX] AND UP TO 28 DAYS OF EXTENDED THERAPY).
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

CAPMATINIB

Productos afectados

- TABRECTA

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

ÁCIDO CARGLÚMICO

Productos afectados

- *ácido carglúmico*

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	INITIAL: ACUTE OR CHRONIC HYPERAMMONEMIA (HA) DUE TO N ACETYLGLUTAMATE SYNTHASE (NAGS) DEFICIENCY: NAGS GENE MUTATION IS CONFIRMED BY BIOCHEMICAL OR GENETIC TESTING. ACUTE HA DUE TO PROPIONIC ACIDEMIA (PA): 1) CONFIRMED BY ELEVATED METHYLCITRIC ACID AND NORMAL METHYLMALONIC ACID, OR 2) GENETIC TESTING CONFIRMS MUTATION IN THE PCCA OR PCCB GENE. ACUTE HA DUE TO METHYLMALONIC ACIDEMIA (MMA): 1) CONFIRMED BY ELEVATED METHYLMALONIC ACID, METHYLCITRIC ACID, OR 2) GENETIC TESTING CONFIRMS MUTATION IN THE MMUT, MMA, MMAB OR MMADHC GENES.
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	ACUTE HA DUE TO NAGS/PA/MMA: 7 DAYS. CHRONIC HA DUE TO NAGS: INITIAL: 6 MOS, RENEWAL: 12 MOS.
Otros criterios	RENEWAL: CHRONIC HA DUE TO NAGS: PATIENT HAS SHOWN CLINICAL IMPROVEMENT.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

CERITINIB

Productos afectados

- ZYKADIA

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

CERTOLIZUMAB PEGOL

Productos afectados

- CIMZIA POLVO PARA RECONST - CIMZIA JERINGA SUBCUTÁNEA KIT 400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2)

Criterios AP	Criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	INITIAL: PLAQUE PSORIASIS (PSO): PSORIASIS COVERING 3 PERCENT OR MORE OF BODY SURFACE AREA OR PSORIATIC LESIONS AFFECTING THE HANDS, FEET, FACE, OR GENITAL AREA. NON-RADIOGRAPHIC AXIAL SPONDYLOARTHRITIS (NR-AXSPA): 1) C-REACTIVE PROTEIN (CRP) LEVELS ABOVE THE UPPER LIMIT OF NORMAL, OR 2) SACROILIITIS ON MAGNETIC RESONANCE IMAGING (MRI).
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	INITIAL: RHEUMATOID ARTHRITIS (RA), ANKYLOSING SPONDYLITIS (AS), NR-AXSPA: PRESCRIBED BY OR IN CONSULTATION WITH A RHEUMATOLOGIST. PSORIATIC ARTHRITIS (PSA): PRESCRIBED BY OR IN CONSULTATION WITH A DERMATOLOGIST OR RHEUMATOLOGIST. CROHNS DISEASE (CD): PRESCRIBED BY OR IN CONSULTATION WITH A GASTROENTEROLOGIST. PSO: PRESCRIBED BY OR IN CONSULTATION WITH A DERMATOLOGIST.
Duración de la cobertura	INITIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	INITIAL: RA: 1) PATIENT IS PREGNANT, BREASTFEEDING, OR TRYING TO BECOME PREGNANT, OR 2) TRIAL OF OR CONTRAINDICATION TO TWO OF THE FOLLOWING PREFERRED AGENTS: ENBREL, HUMIRA, XELJANZ, RINVOQ, ORENCIA. PSA: 1) ONE OF THE FOLLOWING: (A) PATIENT IS PREGNANT, BREASTFEEDING, OR TRYING TO BECOME PREGNANT, OR (B) TRIAL OF OR CONTRAINDICATION TO TWO OF THE FOLLOWING PREFERRED AGENTS: COSENTYX, ENBREL, HUMIRA, STELARA, XELJANZ, RINVOQ, SKYRIZI, TREMFYA, ORENCIA, OTEZLA, AND 2) NO CONCURRENT USE WITH ANOTHER SYSTEMIC BIOLOGIC OR TARGETED SMALL MOLECULES (E.G., JAK INHIBITOR, PDE-4 INHIBITOR) FOR AN

	DIRIGIDAS (POR EJEMPLO, INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA
--	--

Actualizado 10/2024

Criterios AP	Detalles de los criterios
	<p>AUTOIMMUNE INDICATION. PSO: 1) ONE OF THE FOLLOWING: (A) PATIENT IS PREGNANT, BREASTFEEDING, OR TRYING TO BECOME PREGNANT, OR (B) TRIAL OF OR CONTRAINDICATION TO TWO OF THE FOLLOWING PREFERRED AGENTS: COSENTYX, ENBREL, HUMIRA, STELARA, SKYRIZI, TREMFYA, OTEZLA, AND 2) NO CONCURRENT USE WITH ANOTHER SYSTEMIC BIOLOGIC OR TARGETED SMALL MOLECULES (E.G., JAK INHIBITOR, PDE-4 INHIBITOR) FOR AN AUTOIMMUNE INDICATION. AS: 1) ONE OF THE FOLLOWING: (A) PATIENT IS PREGNANT, BREASTFEEDING, OR TRYING TO BECOME PREGNANT, OR (B) TRIAL OF OR CONTRAINDICATION TO TWO OF THE FOLLOWING PREFERRED AGENTS: COSENTYX, ENBREL, HUMIRA, XELJANZ, RINVOQ, AND 2) NO CONCURRENT USE WITH ANOTHER SYSTEMIC BIOLOGIC OR TARGETED SMALL MOLECULES (E.G., JAK INHIBITOR, PDE-4 INHIBITOR) FOR AN AUTOIMMUNE INDICATION. CD: 1) ONE OF THE FOLLOWING: (A) PATIENT IS PREGNANT, BREASTFEEDING, OR TRYING TO BECOME PREGNANT, OR (B) TRIAL OF OR CONTRAINDICATION TO ONE OF THE FOLLOWING PREFERRED AGENTS: STELARA, HUMIRA, RINVOQ, SKYRIZI, AND 2) NO CONCURRENT USE WITH ANOTHER SYSTEMIC BIOLOGIC OR TARGETED SMALL MOLECULES (E.G., JAK INHIBITOR, PDE-4 INHIBITOR) FOR AN AUTOIMMUNE INDICATION. NR-AXSPA: 1) TRIAL OF OR CONTRAINDICATION TO AN NSAID, AND 2) NO CONCURRENT USE WITH ANOTHER SYSTEMIC BIOLOGIC OR TARGETED SMALL MOLECULES (E.G., JAK INHIBITOR, PDE-4 INHIBITOR) FOR AN AUTOIMMUNE INDICATION. RENEWAL: CD: NO CONCURRENT USE WITH ANOTHER SYSTEMIC BIOLOGIC OR TARGETED SMALL MOLECULES (E.G., JAK INHIBITOR, PDE-4 INHIBITOR) FOR AN AUTOIMMUNE INDICATION. RA: CONTINUES TO BENEFIT FROM THE MEDICATION. PSA, AS, PSO, NR-AXSPA: 1) CONTINUES TO BENEFIT FROM THE MEDICATION, AND 2) NO CONCURRENT USE WITH ANOTHER SYSTEMIC BIOLOGIC OR TARGETED SMALL MOLECULES (E.G., JAK INHIBITOR, PDE-4 INHIBITOR) FOR AN AUTOIMMUNE INDICATION.</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	

Parte B Requisitos previos	No
---	----

CETUXIMAB

Productos afectados

- ERBITUX

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la 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 aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

CLADRIBINE

Productos afectados

- MAVENCLAD (PAQUETE DE 10 COMPRIMIDOS)
- MAVENCLAD (PAQUETE DE 4 COMPRIMIDOS)
- MAVENCLAD (PAQUETE DE 5 COMPRIMIDOS)
- MAVENCLAD (PAQUETE DE 6 COMPRIMIDOS)
- MAVENCLAD (PAQUETE DE 7 COMPRIMIDOS)
- MAVENCLAD (PAQUETE DE 8 COMPRIMIDOS)
- MAVENCLAD (PAQUETE DE 9 COMPRIMIDOS)

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 48 SEMANAS.
Otros criterios	RELAPSING FORM OF MULTIPLE SCLEROSIS (MS): INITIAL: HAS NOT RECEIVED A TOTAL OF TWO YEARS OF MAVENCLAD TREATMENT (I.E., TWO YEARLY TREATMENT COURSES OF TWO CYCLES IN EACH). RENEWAL: 1) HAS DEMONSTRATED CLINICAL BENEFIT COMPARED TO PRE-TREATMENT BASELINE, 2) DOES NOT HAVE LYMPHOPENIA, AND 3) HAS NOT RECEIVED A TOTAL OF TWO YEARS OF MAVENCLAD TREATMENT (I.E., TWO YEARLY TREATMENT COURSES OF TWO CYCLES IN EACH).
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

CLOBAZAM-SIMPAZÁN

Productos afectados

- SYMPAZAN

Criterios AP	Criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	LENNOX-GASTAUT SYNDROME (LGS): THERAPY IS PRESCRIBED BY OR IN CONSULTATION WITH A NEUROLOGIST.
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	LGS: 1) UNABLE TO TAKE TABLETS OR SUSPENSIONS, AND 2) TRIAL OF OR CONTRAINDICATION TO A FORMULARY VERSION OF CLOBAZAM.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

COBIMETINIB

Productos afectados

- COTELLIC

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

CORTICOTROPIN

Productos afectados

- ACTHAR
- ACTHAR SELFJECT PLUMA INYECTORA SUBCUTÁNEA 40 UNIDAD/0,5 ML, 80 UNIDAD/ML
- GEL CORTROFINA

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Información médica obligatoria	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Restricciones de edad	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Restricciones para los prescriptores	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Duración de la cobertura	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Otros criterios	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Indicaciones	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Otros usos	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Parte B Requisitos previos	Sí

Actualizado 10/2024

CRIZOTINIB CÁPSULA

Productos afectados

- XALKORI CÁPSULA ORAL

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

CRIZOTINIB GRÁNULOS

Productos afectados

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

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	NON-SMALL CELL LUNG CANCER (NSCLC), ANAPLASTIC LARGE CELL LYMPHOMA (ALCL), INFLAMMATORY MYOFIBROBLASTIC TUMOR (IMT): UNABLE TO SWALLOW CAPSULES.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

DABRAFENIB CÁPSULAS

Productos afectados

- TAFINLAR CÁPSULA ORAL

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

DABRAFENIB SUSPENSIÓN

Productos afectados

- TAFINLAR COMPRIMIDO ORAL PARA SUSPENSIÓN

Criterios AP	Criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	INCAPAZ DE TRAGAR LAS CÁPSULAS DE TAFINILAR.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

DACOMITINIB

Productos afectados

- VIZIMPRO

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	METASTATIC NON-SMALL CELL LUNG CANCER (NSCLC): NOT ON CONCURRENT THERAPY WITH AN EGFR TYROSINE KINASE-INHIBITOR.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

DALFAMPRIDINA

Productos afectados

- *dalfampridina*

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	ESCLEROSIS MÚLTIPLE (MS): INICIAL: PRESCRITO POR UN NEURÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL.
Duración de la cobertura	INICIAL: 3 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	MS: INITIAL: HAS SYMPTOMS OF A WALKING DISABILITY SUCH AS MILD TO MODERATE BILATERAL LOWER EXTREMITY WEAKNESS OR UNILATERAL WEAKNESS PLUS LOWER EXTREMITY OR TRUNCAL ATAXIA. RENEWAL: IMPROVEMENT IN WALKING ABILITY.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

DARATUMUMAB

Productos afectados

- DARZALEX

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

DARATUMUMAB-HIALURONIDASA-FIHJ

Productos afectados

- DARZALEX FASPRO

Criterios AP	Criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

DAROLUTAMIDA

Productos afectados

- NUBEQA

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros criterios	INITIAL: NON-METASTATIC CASTRATION-RESISTANT PROSTATE CANCER (NMCRPC): HIGH RISK PROSTATE CANCER (I.E., RAPIDLY INCREASING PROSTATE SPECIFIC ANTIGEN [PSA] LEVELS). NMCRPC, METASTATIC HORMONE-SENSITIVE PROSTATE CANCER (MHSPC): 1) RECEIVED A BILATERAL ORCHIECTOMY, 2) CASTRATE LEVEL OF TESTOSTERONE (I.E., LESS THAN 50 NG/DL), OR 3) CONCURRENT USE WITH A GONADOTROPIN RELEASING HORMONE (GNRH) ANALOG. RENEWAL: NMCRPC, MHSPC: 1) RECEIVED A BILATERAL ORCHIECTOMY, 2) CASTRATE LEVEL OF TESTOSTERONE (I.E., LESS THAN 50 NG/DL), OR 3)CONCURRENT USE WITH A GNRH ANALOG.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

DASATINIB

Productos afectados

- *dasatinib comprimido oral 100 mg, 140 mg, 20 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg*
- SPRYCEL COMPRIMIDOS ORALES 100 MG, 140 MG, 20 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	PREVIOUSLY TREATED PHILADELPHIA CHROMOSOME-POSITIVE CHRONIC MYELOID LEUKEMIA (Ph+ CML): MUTATIONAL ANALYSIS PRIOR TO INITIATION AND SPRYCEL IS APPROPRIATE PER NCCN GUIDELINE TABLE FOR TREATMENT RECOMMENDATIONS BASED ON BCR-ABL1 MUTATION PROFILE.
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

DECITABINA/CEDAZURIDINA

Productos afectados

- INQOVI

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

DEFERASIROX

Productos afectados

- *deferasirox*

Criterios AP	Criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	<p>INITIAL: CHRONIC IRON OVERLOAD DUE TO BLOOD TRANSFUSIONS: SERUM FERRITIN LEVEL CONSISTENTLY ABOVE 1000 MCG/L (AT LEAST TWO LAB VALUES IN THE PREVIOUS THREE MONTHS). CHRONIC IRON OVERLOAD IN NON-TRANSFUSION DEPENDENT THALASSEMIA (NTDT): 1) SERUM FERRITIN LEVEL CONSISTENTLY ABOVE 300 MCG/L (AT LEAST TWO LAB VALUES IN THE PREVIOUS THREE MONTHS), AND 2) LIVER IRON CONCENTRATION (LIC) OF 5 MG FE/G OF DRY LIVER WEIGHT OR GREATER. RENEWAL: CHRONIC IRON OVERLOAD DUE TO BLOOD TRANSFUSIONS: SERUM FERRITIN LEVEL CONSISTENTLY ABOVE 500 MCG/L (AT LEAST TWO LAB VALUES IN THE PREVIOUS THREE MONTHS). NTDT: 1) SERUM FERRITIN LEVEL CONSISTENTLY ABOVE 300 MCG/L (AT LEAST TWO LAB VALUES IN THE PREVIOUS THREE MONTHS) OR 2) LIC OF 3 MG FE/G OF DRYLIVER WEIGHT OR GREATER.</p>
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	<p>INITIAL (CHRONIC IRON OVERLOAD): PRESCRIBED BY OR IN CONSULTATION WITH A HEMATOLOGIST OR HEMATOLOGIST/ ONCOLOGIST.</p>
Duración de la cobertura	<p>INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.</p>
Otros criterios	<p>INITIAL (CHRONIC IRON OVERLOAD): APPROVAL FOR A FORMULARY VERSION OF DEFERASIROX SPRINKLE PACKETS REQUIRES A TRIAL OF OR CONTRAINDICATION TO GENERIC DEFERASIROX ORAL TABLET OR TABLET FOR ORAL SUSPENSION.</p>

Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	

Actualizado 10/2024

Critérios AP	Critérios
Parte B Requisitos previos	No

DEFERIPRONA

Productos afectados

• *deferiprona*

- FERRIPROX SOLUCIÓN ORAL

Criterios AP	Criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	TRANSFUSIONAL IRON OVERLOAD: RENEWAL: SERUM FERRITIN LEVELS CONSISTENTLY ABOVE 500 MCG/L (AT LEAST TWO LAB VALUES IN THE PREVIOUS THREE MONTHS).
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	TRANSFUSIONAL IRON OVERLOAD: INITIAL: PRESCRIBED BY OR IN CONSULTATION WITH A HEMATOLOGIST OR HEMATOLOGIST/ONCOLOGIST.
Duración de la cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros criterios	INITIAL: TRANSFUSIONAL IRON OVERLOAD DUE TO THALASSEMIA SYNDROMES: 1) TRIAL OF, CONTRAINDICATION, INTOLERABLE TOXICITIES, OR CLINICALLY SIGNIFICANT ADVERSE EFFECTS TO A FORMULARY VERSION OF DEFERASIROX OR DEFEROXAMINE, OR 2) CURRENT CHELATION THERAPY (I.E., FORMULARY VERSION OF DEFERASIROX OR DEFEROXAMINE) IS INADEQUATE. TRANSFUSIONAL IRON OVERLOAD DUE TO SICKLE CELL DISEASE OR OTHER ANEMIAS: TRIAL OF OR CONTRAINDICATION TO A FORMULARY VERSION OF DEFERASIROX OR DEFEROXAMINE.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

DENOSUMAB-XGEVA

Productos afectados

- XGEVA

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

DEUTETRABENAZINA

Productos afectados

- AUSTEDO COMPRIMIDO ORAL 12 MG, 6 MG, 9 MG
- AUSTEDO XR COMPRIMIDO ORAL LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 12 MG,
- 18 MG, 24 MG, 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG, 6 MG
- AUSTEDO XR VALORACIÓN KT(WK1- 4)

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	HUNTINGTON DISEASE: PRESCRIBED BY OR IN CONSULTATION WITH A NEUROLOGIST OR MOVEMENT DISORDER SPECIALIST. TARDIVE DYSKINESIA: PRESCRIBED BY OR IN CONSULTATION WITH A NEUROLOGIST, PSYCHIATRIST, OR MOVEMENT DISORDER SPECIALIST.
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	TARDIVE DYSKINESIA: HISTORY OF USING AGENTS THAT CAUSE TARDIVE DYSKINESIA.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

DICLOFENACO GEL TÓPICO

Productos afectados

- *diclofenaco sódico gel tópico 3*

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

DICLOFENACO SOLUCIÓN TÓPICA

Productos afectados

- *diclofenaco sódico solución tópica en bomba dosificadora*

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	6 MESES
Otros criterios	OSTEOARTHRITIS OF THE KNEE: TRIAL OF OR CONTRAINDICATION TO A FORMULARY VERSION OF DICLOFENAC SODIUM 1% TOPICAL GEL AND A FORMULARY VERSION OF DICLOFENAC SODIUM 1.5% TOPICAL DROPS.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

DIMETIL FUMARATO

Productos afectados

- *dimetil fumarato cápsula oral, liberación retardada(dr/ec) 120 mg, 120 mg (14)- 240 mg (46), 240 mg*

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

FUMARATO DE DIROXIMEL

Productos afectados

- VUMERITY

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

DOSTARLIMAB-GXLY

Productos afectados

- JEMPERLI

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

DRONABINOL CÁPSULA

Productos afectados

- *dronabinol*

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	6 MESES
Otros criterios	NAUSEA AND VOMITING ASSOCIATED WITH CANCER CHEMOTHERAPY: TRIAL OF OR CONTRAINDICATION TO ONE ANTIEMETIC THERAPY. THIS DRUG ALSO REQUIRES PAYMENT DETERMINATION AND MAY BE COVERED UNDER MEDICARE PART B OR D FOR THE INDICATION OF NAUSEA AND VOMITING ASSOCIATED WITH CANCER CHEMOTHERAPY.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

DROXIDOPA

Productos afectados

- *droxidopa*

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	NEUROGENIC ORTHOSTATIC HYPOTENSION (NOH): INITIAL: 1) BASELINE BLOOD PRESSURE READINGS WHILE THE PATIENT IS SITTING AND ALSO WITHIN 3 MINUTES OF STANDING FROM A SUPINE POSITION. 2) A DECREASE OF AT LEAST 20 MMHG IN SYSTOLIC BLOOD PRESSURE OR 10 MMHG DIASTOLIC BLOOD PRESSURE WITHIN THREE MINUTES AFTER STANDING FROM A SITTING POSITION.
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	NOH: INICIAL: PRESCRITO POR UN NEURÓLOGO O UN CARDIÓLOGO O EN CONSULTA CON ELLOS.
Duración de la cobertura	INICIAL: 3 MESES RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros criterios	NOH: RENOVACIÓN: SIGUE BENEFICIÁNDOSE DE LA MEDICACIÓN.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

DUPILUMAB

Productos afectados

- PEN DUPIXENT - DUPIXENT JERINGA

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	INITIAL: EOSINOPHILIC ASTHMA: BLOOD EOSINOPHIL LEVEL OF 150 TO 1500 CELLS/MCL WITHIN THE PAST 12 MONTHS. EOSINOPHILIC ESOPHAGITIS (EOE): DIAGNOSIS CONFIRMED BY ESOPHAGOGASTRODUODENOSCOPY (EGD) WITH BIOPSY. ATOPIC DERMATITIS (AD): AD COVERING AT LEAST 10 PERCENT OF BODY SURFACE AREA OR AD AFFECTING THE FACE, HEAD, NECK, HANDS, FEET, GROIN, OR INTERTRIGINOUS AREAS.
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	INITIAL: AD, PRURIGO NODULARIS (PN): PRESCRIBED BY OR IN CONSULTATION WITH A DERMATOLOGIST, ALLERGIST OR IMMUNOLOGIST. ASTHMA: PRESCRIBED BY OR IN CONSULTATION WITH A PHYSICIAN SPECIALIZING IN ALLERGY OR PULMONARY MEDICINE. CHRONIC RHINOSINUSITIS WITH NASAL POLYPOSIS (CRSWNP): PRESCRIBED BY OR IN CONSULTATION WITH AN OTOLARYNGOLOGIST, ALLERGIST OR IMMUNOLOGIST. EOE: PRESCRIBED BY OR IN CONSULTATION WITH A GASTROENTEROLOGIST, ALLERGIST, OR IMMUNOLOGIST.
Duración de la cobertura	INICIAL: AD, CRSWNP, EOE, PN: 6 MESES, ASMA: 4 MESES. RENOVACIÓN: TODAS LAS INDICACIONES: 12 MESES.
Otros criterios	INITIAL: AD: 1) INTRACTABLE PRURITUS OR CRACKING/OOZING/BLEEDING OF AFFECTED SKIN, 2) TRIAL OF OR CONTRAINDICATION TO ONE TOPICAL (CORTICOSTEROID, CALCINEURIN INHIBITOR, PDE4 INHIBITOR, OR JAK INHIBITOR), AND 3) NO CONCURRENT USE WITH OTHER SYSTEMIC BIOLOGICS OR JAK INHIBITORS FOR AD. ASTHMA: 1) CONCURRENT THERAPY WITH A MEDIUM, HIGH-DOSE OR MAXIMALLY-TOLERATED DOSE OF AN INHALED CORTICOSTEROID (ICS) AND ONE OTHER MAINTENANCE MEDICATION, 2) ONE ASTHMA

	<p>EXACERBATION REQUIRING SYSTEMIC CORTICOSTEROID BURST LASTING 3 OR MORE DAYS WITHIN THE PAST 12 MONTHS, OR ONE SERIOUS EXACERBATION REQUIRING HOSPITALIZATION OR ER VISIT WITHIN THE PAST 12 MONTHS, OR POOR SYMPTOM CONTROL DESPITE CURRENT THERAPY AS EVIDENCED BY AT LEAST THREE OF THE FOLLOWING WITHIN THE PAST 4 WEEKS: (A) DAYTIME ASTHMA SYMPTOMS MORE THAN TWICE/WEEK, (B) ANY NIGHT WAKING DUE TO ASTHMA, (C) SABA RELIEVER FOR SYMPTOMS MORE THAN TWICE/WEEK, (D) ANY ACTIVITY</p>
<p>Actualizado 10/2024</p>	<p>LIMITATION DUE TO ASTHMA, AND 3) NO CONCURRENT USE WITH XOLAIR, TEZSPIRE, OR OTHER ANTI-IL5 BIOLOGICS WHEN USED FOR ASTHMA. CRSWNP: 1) EVIDENCE OF NASAL POLYPS BY DIRECT EXAMINATION, ENDOSCOPY OR SINUS CT SCAN, 2) INADEQUATELY CONTROLLED DISEASE AS DETERMINED BY USE OF SYSTEMIC STEROIDS IN THE PAST 2 YEARS OR ENDOSCOPIC SINUS SURGERY, 3) A 56 DAY TRIAL OF ONE TOPICAL NASAL CORTICOSTEROID, AND 4) NO CONCURRENT USE WITH ANOTHER SYSTEMIC BIOLOGIC OR TARGETED SMALL MOLECULES (E.G., JAK INHIBITOR, PDE-4 INHIBITOR) FOR AN AUTOIMMUNE INDICATION. PN: 1) CHRONIC PRURITIS (ITCH MORE THAN 6 WEEKS), MULTIPLE PRURIGINOUS LESIONS, AND HISTORY OR SIGN OF A PROLONGED SCRATCHING BEHAVIOR, AND 2) TRIAL OF OR CONTRAINDICATION TO ONE TOPICAL (CORTICOSTEROID OR CALCIPOTRIOL). RENEWAL: AD: 1) IMPROVEMENT WHILE ON THERAPY, AND 2) NO CONCURRENT USE WITH OTHER SYSTEMIC BIOLOGICS OR JAK INHIBITORS FOR AD. EOE: IMPROVEMENT WHILE ON THERAPY. CRSWNP: 1) IMPROVEMENT WHILE ON THERAPY, AND 2) NO CONCURRENT USE WITH ANOTHER SYSTEMIC BIOLOGIC OR TARGETED SMALL MOLECULES (E.G., JAK INHIBITOR, PDE-4 INHIBITOR) FOR AN AUTOIMMUNE INDICATION. ASTHMA: 1) NO CONCURRENT USE WITH XOLAIR, TEZSPIRE, OR OTHER ANTI-IL5 BIOLOGICS FOR ASTHMA, 2) CONTINUED USE OF ICS AND ONE OTHER MAINTENANCE MEDICATION, AND 3) CLINICAL RESPONSE AS EVIDENCED BY: (A) REDUCTION IN ASTHMA EXACERBATIONS FROM BASELINE, (B) DECREASED UTILIZATION OF RESCUE MEDICATIONS, (C) INCREASE IN PERCENT PREDICTED FEV1 FROM PRETREATMENT BASELINE, OR (D) REDUCTION IN SEVERITY OR FREQUENCY OF ASTHMA-RELATED SYMPTOMS. PN: IMPROVEMENT OR REDUCTION OF PRURITIS OR PRURIGINOUS LESIONS.</p>

Criterios AP	Detalles de los criterios

Criterios AP	Detalles de los criterios
---------------------	----------------------------------

Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

DUVELISIB

Productos afectados

- COPIKTRA

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

EFLAPEGRASTIM-XNST

Productos afectados

- ROLVEDON

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	NON MYELOID MALIGNANCY: PRESCRIBED BY OR IN CONSULTATION WITH A HEMATOLOGIST OR ONCOLOGIST.
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	NON MYELOID MALIGNANCY: TRIAL OF OR CONTRAINDICATION TO THE PREFERRED AGENT: NYVEPRIA.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

EFLORNITHINE

Productos afectados

- IWILFIN

Criterios de AP	Criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	24 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

ELACESTRANTE

Productos afectados

- ORSERDU COMPRIMIDO ORAL
345 MG, 86 MG

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

ELAFIBRANOR

Productos afectados

- IQIRVO

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	PRIMARY BILIARY CHOLANGITIS (PBC): INITIAL: DIAGNOSIS CONFIRMED BY TWO OF THE FOLLOWING: 1) ELEVATED ALKALINE PHOSPHATASE LEVEL, 2) PRESENCE OF ANTIMITOCHONDRIAL ANTIBODIES OR OTHER PBC-SPECIFIC AUTOANTIBODIES, INCLUDING SP100 OR GP210, IF AMA IS NEGATIVE, OR 3) HISTOLOGIC EVIDENCE (OBTAINED BY LIVER BIOPSY) OF NON-SUPPURATIVE DESTRUCTIVE CHOLANGITIS AND DESTRUCTION OF INTERLOBULAR BILE DUCTS.
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	PBC: INITIAL: PRESCRIBED BY OR IN CONSULTATION WITH A GASTROENTEROLOGIST OR HEPATOLOGIST.
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros criterios	PBC: INITIAL: 1) NO CONCURRENT USE WITH ANOTHER SECOND-LINE THERAPY FOR PBC, 2) USED IN COMBINATION WITH URSODIOL IF INADEQUATE RESPONSE AFTER TREATMENT WITH URSODIOL MONOTHERAPY FOR AT LEAST 1 YEAR, OR USED AS MONOTHERAPY IF UNABLE TO TOLERATE URSODIOL, AND 3) DOES NOT HAVE DECOMPENSATED CIRRHOSIS (CHILD-PUGH B OR C), A PRIOR DECOMPENSATION EVENT, OR COMPENSATED CIRRHOSIS WITH EVIDENCE OF PORTAL HYPERTENSION. RENEWAL: 1) CONTINUES TO BENEFIT FROM THE MEDICATION, AND 2) NO CONCURRENT USE WITH ANOTHER SECOND-LINE THERAPY FOR PBC.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Otros usos	
Criterios AP	Detalles de los criterios
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

ELAGOLIX

Productos afectados

- ORILISSA COMPRIMIDO ORAL
150 MG, 200 MG

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	MODERATE TO SEVERE PAIN ASSOCIATED WITH ENDOMETRIOSIS: INITIAL: DIAGNOSIS IS CONFIRMED VIA SURGICAL OR DIRECT VISUALIZATION (E.G., PELVIC ULTRASOUND) OR HISTOPATHOLOGICAL CONFIRMATION (E.G., LAPAROSCOPY OR LAPAROTOMY) IN THE LAST 10 YEARS.
Restricciones de edad	DOLOR DE MODERADO A INTENSO ASOCIADO A LA ENDOMETRIOSIS: INICIAL: 18 AÑOS O MÁS.
Restricciones para los prescriptores	DOLOR DE MODERADO A INTENSO ASOCIADO A LA ENDOMETRIOSIS: INICIAL: PRESCRITO POR UN OBSTETRA/GINECÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL.
Duración de la cobertura	INICIAL: 6 MESES, RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros criterios	MODERATE TO SEVERE PAIN ASSOCIATED WITH ENDOMETRIOSIS: INITIAL: 1) NO CONCURRENT USE WITH ANOTHER GNRH-MODULATING AGENT, AND 2) TRIAL OF OR CONTRAINDICATION TO AN NSAID AND A PROGESTIN-CONTAINING PREPARATION. RENEWAL: 1) IMPROVEMENT IN PAIN ASSOCIATED WITH ENDOMETRIOSIS WHILE ON THERAPY, AND 2) NO CONCURRENT USE WITH ANOTHER GNRH-MODULATING AGENT
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

ELAPEGADEMASE-LVLR

Productos afectados

- REVCOVI

Criterios de la AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	ADENOSINE DEAMINASE SEVERE COMBINED IMMUNE DEFICIENCY (ADA-SCID): INITIAL: ADA-SCID AS MANIFESTED BY: 1) CONFIRMATORY GENETIC TEST, OR 2) SUGGESTIVE LABORATORY FINDINGS (E.G., ELEVATED DEOXYADENOSINE NUCLEOTIDE [DAXP] LEVELS, LYMPHOPENIA) AND HALLMARK SIGNS/SYMPTOMS (E.G., RECURRENT INFECTIONS, FAILURE TO THRIVE, PERSISTENT DIARRHEA).
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	ADA-SCID: INICIAL: PRESCRITO POR O EN CONSULTA CON INMUNÓLOGO, HEMATÓLOGO/ONCÓLOGO O MÉDICO ESPECIALISTA EN TRASTORNOS METABÓLICOS HEREDITARIOS.
Duración de la cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	ADA-SCID: INITIAL: PRESCRIBED BY OR IN CONSULTATION WITH IMMUNOLOGIST, HEMATOLOGIST/ONCOLOGIST, OR PHYSICIAN SPECIALIZING IN INHERITED METABOLIC DISORDERS.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

ELEXACFTOR-TEZACFTOR-IVACFTOR

Productos afectados

- TRIKAFTA GRÁNULOS ORALES EN PAQUETE, SECUENCIAL
- TRIKAFTA COMPRIMIDOS ORALES, SECUENCIAL

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	FIBROSIS QUÍSTICA (CF): INICIAL: MUTACIÓN CONFIRMADA EN EL GEN CFTR ACEPTABLE PARA EL TRATAMIENTO DE LA FIBROSIS QUÍSTICA.
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	CF: INICIAL: PRESCRITO POR UN NEUMÓLOGO O UN EXPERTO EN FIBROSIS QUÍSTICA O EN CONSULTA CON ELLOS.
Duración de la cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: DE POR VIDA.
Otros criterios	CF: RENEWAL: 1) MAINTAINED, IMPROVED, OR DEMONSTRATED LESS THAN EXPECTED DECLINE IN FEV1 OR BODY MASS INDEX (BMI), OR 2) REDUCTION IN NUMBER OF PULMONARY EXACERBATIONS.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

ELIGLUSTAT

Productos afectados

- CERDELGA

Criterios AP	Criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

ELRANATAMAB-BCMM

Productos afectados

- ELREXFIO 44 MG/1,1 ML VIAL INTERIOR, SUV, P/F
- ELREXFIO SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA 40 MG/ML

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	RELAPSED OR REFRACTORY MULTIPLE MYELOMA: RENEWAL: 1) HAS RECEIVED AT LEAST 24 WEEKS OF TREATMENT WITH ELREXFIO, AND 2) HAS RESPONDED TO TREATMENT (PARTIAL RESPONSE OR BETTER), AND HAS MAINTAINED THIS RESPONSE FOR AT LEAST 2 MONTHS. THIS DRUG ALSO REQUIRES PAYMENT DETERMINATION AND MAY BE COVERED UNDER MEDICARE PART B OR D.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

ELTROMBOPAG - ALVAIZ

Productos afectados

- ALVAIZ

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	PERSISTENT OR CHRONIC IMMUNE THROMBOCYTOPENIA (ITP): INITIAL: 1) PLATELET COUNT IS LESS THAN $30 \times 10^9/L$ FROM AT LEAST 2 SEPARATE LABS IN THE LAST 3 MONTHS, OR 2) PLATELET COUNT IS LESS THAN $50 \times 10^9/L$ FROM AT LEAST 2 SEPARATE LABS IN THE LAST 3 MONTHS AND HAD A PRIOR BLEEDING EVENT.
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	INITIAL: ITP: PRESCRIBED BY OR IN CONSULTATION WITH A HEMATOLOGIST OR IMMUNOLOGIST.
Duración de la cobertura	ITP: INITIAL: 2 MO, RENEWAL: 12 MO. HEPATITIS C, SEVERE APLASTIC ANEMIA: 12 MO.
Otros criterios	INITIAL: ITP: 1) TRIAL OF OR CONTRAINDICATION TO CORTICOSTEROIDS OR IMMUNOGLOBULINS, OR AN INSUFFICIENT RESPONSE TO SPLENECTOMY, AND 2) NO CONCURRENT USE WITH OTHER THROMBOPOIETIN RECEPTOR AGONISTS (TPO-RAS) OR SPLEEN TYROSINE KINASE (SYK) INHIBITOR. RENEWAL: ITP: 1) IMPROVEMENT IN PLATELET COUNT FROM BASELINE OR REDUCTION IN BLEEDING EVENTS, AND 2) NO CONCURRENT USE WITH OTHER TPO-RAS OR SYK INHIBITOR.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

ELTROMBOPAG - PROMACTA

Productos afectados

- PROMACTA POLVO ORAL EN SOBRE 12,5 MG, 25 MG
- PROMACTA COMPRIMIDOS ORALES 12,5 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	PERSISTENT OR CHRONIC IMMUNE THROMBOCYTOPENIA (ITP): INITIAL: 1) PLATELET COUNT OF LESS THAN 30 X 10 ⁹ /L FROM AT LEAST 2 SEPARATE LAB TESTS IN THE LAST 3 MONTHS, OR 2) PLATELET COUNT OF LESS THAN 50 X 10 ⁹ /L FROM AT LEAST 2 SEPARATE LAB TESTS IN THE LAST 3 MONTHS AND A PRIOR BLEEDING EVENT.
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	INITIAL: ITP: PRESCRIBED BY OR IN CONSULTATION WITH A HEMATOLOGIST OR IMMUNOLOGIST.
Duración de la cobertura	ITP: INITIAL: 2 MO, RENEWAL: 12 MO. HEPATITIS C, SEVERE APLASTIC ANEMIA: 12 MO.
Otros criterios	INITIAL: ITP: 1) TRIAL OF OR CONTRAINDICATION TO CORTICOSTEROIDS OR IMMUNOGLOBULINS, OR HAD AN INSUFFICIENT RESPONSE TO SPLENECTOMY, AND 2) NO CONCURRENT USE WITH OTHER THROMBOPOIETIN RECEPTOR AGONISTS (TPO-RAS) OR SPLEEN TYROSINE KINASE (SYK) INHIBITOR. ALL INDICATIONS: APPROVAL FOR PROMACTA ORAL SUSPENSION PACKETS REQUIRES A TRIAL OF PROMACTA TABLETS OR PATIENT IS UNABLE TOLERATE TABLET FORMULATION. RENEWAL: ITP: 1) IMPROVEMENT IN PLATELET COUNTS FROM BASELINE OR REDUCTION IN BLEEDING EVENTS, AND 2) NO CONCURRENT USE WITH OTHER TPO-RAS OR SYK INHIBITOR.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	

Parte B Requisitos previos	No
---	----

ENASIDENIB

Productos afectados

- IDHIFA

Criterios AP	Criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

ENCORAFENIB

Productos afectados

- BRAFTOVI

Criterios AP	Criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

ENTRECTINIB CÁPSULAS

Productos afectados

- ROZLYTREK CÁPSULA ORAL 100 MG, 200 MG

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

PELLETS DE ENTRECTINIB

Productos afectados

- ROZLYTREK ORAL PELLETS
EN PAQUETE

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	METASTATIC NON-SMALL CELL LUNG CANCER (NSCLC), SOLID TUMORS: 1) TRIAL OF OR CONTRAINDICATION TO ROZLYTREK CAPSULES MADE INTO AN ORAL SUSPENSION, AND 2) DIFFICULTY OR UNABLE TO SWALLOW CAPSULES.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

ENZALUTAMIDA

Productos afectados

- XTANDI CÁPSULA ORAL
- XTANDI COMPRIMIDO ORAL 40 MG, 80 MG

Criterios AP	Criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	INICIAL: TODAS LAS INDICACIONES: 12 MESES. RENOVACIÓN: MCRPC, NMCRPC, MCSPC: 12 MESES.
Otros criterios	<p>INITIAL: NON-METASTATIC CASTRATION-RESISTANT PROSTATE CANCER (NMCRPC): HIGH RISK PROSTATE CANCER (I.E. RAPIDLY INCREASING PROSTATE SPECIFIC ANTIGEN [PSA] LEVELS). NON-METASTATIC CASTRATION-SENSITIVE PROSTATE CANCER (NMCSPC): HIGH RISK FOR METASTASIS (I.E. PSA DOUBLING TIME OF 9 MONTHS OR LESS). METASTATIC CRPC (MCRPC), NMCRPC, METASTATIC CSPC (MCSPC), NMCSPC : 1) RECEIVED A BILATERAL ORCHIECTOMY, 2) CASTRATE LEVEL OF TESTOSTERONE (I.E., LESS THAN 50 NG/DL), OR 3) CONCURRENT USE WITH A GONADOTROPIN RELEASING HORMONE (GNRH) ANALOG. RENEWAL: MCRPC, NMCRPC, MCSPC: 1) RECEIVED A BILATERAL ORCHIECTOMY, 2) CASTRATE LEVEL OF TESTOSTERONE (I.E., LESS THAN 50 NG/DL), OR 3) CONCURRENT USE WITH A GNRH ANALOG.</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	

Parte B Requisitos previos	No
---	----

Actualizado 10/2024

EPCORITAMAB-BYSP

Productos afectados

- EPKINLY

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la 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 aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

EPOETINA ALFA-EPBX

Productos afectados

- RETACRIT SOLUCIÓN INYECTABLE 10.000 UNIDADES/ML, 2.000 UNIDADES/ML, 20.000 UNIDADES/2 ML, 20.000 UNIDADES/ML, 3.000 UNIDADES/ML, 4.000 UNIDADES/ML, 40.000 UNIDADES/ML

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	<p>INITIAL: CHRONIC KIDNEY DISEASE (CKD), ANEMIA RELATED TO ZIDOVUDINE, OR CANCER CHEMOTHERAPY: HEMOGLOBIN LEVEL IS LESS THAN 10G/DL. ELECTIVE, NON-CARDIAC, NON-VASCULAR SURGERY: HEMOGLOBIN LEVEL IS LESS THAN 13G/DL. RENEWAL: 1) CKD IN ADULTS NOT ON DIALYSIS: (A) HEMOGLOBIN LEVEL IS LESS THAN 10G/DL, OR (B) HEMOGLOBIN LEVEL HAS REACHED 10G/DL AND THE DOSE IS BEING OR HAS BEEN REDUCED/ INTERRUPTED TO DECREASE THE NEED FOR BLOOD TRANSFUSIONS. 2) CKD IN PEDIATRIC PATIENTS: (A) HEMOGLOBIN LEVEL IS LESS THAN 10G/DL, OR (B) HEMOGLOBIN LEVEL HAS APPROACHED OR EXCEEDS 12G/DL AND THE DOSE IS BEING OR HAS BEEN REDUCED/ INTERRUPTED TO DECREASE THE NEED FOR BLOOD TRANSFUSIONS. 3) ANEMIA RELATED TO ZIDOVUDINE: HEMOGLOBIN LEVEL BETWEEN 10G/DL AND 12G/DL. 4) CANCER CHEMOTHERAPY:</p> <p>(A) HEMOGLOBIN LEVEL IS LESS THAN 10 G/DL, OR (B) HEMOGLOBIN LEVEL DOES NOT EXCEED A LEVEL NEEDED TO AVOID RBC TRANSFUSION.</p>
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	ANEMIA POR QUIMIO/CKD SIN DIALISIS/ZIDOVUDINA: INICIAL/ RENOVACIÓN: 12 MESES. CIRUGÍA: 1 MES.

Otros criterios	RENEWAL: CKD: NOT RECEIVING DIALYSIS TREATMENT. THIS DRUG MAY BE EITHER BUNDLED WITH AND COVERED UNDER END STAGE RENAL DISEASE DIALYSIS RELATED SERVICES OR COVERED UNDER MEDICARE D DEPENDING UPON THE CIRCUMSTANCES.
------------------------	--

Actualizado 10/2024

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

ERDAFITINIB

Productos afectados

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

Criterios de la AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

ERLOTINIB

Productos afectados

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

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO METASTÁSICO (CPNM) CON MUTACIÓN DEL EGFR: NO EN TERAPIA CONCURRENTES CON UN INHIBIDOR DE LA TIROSINA QUINASA EGFR.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

ESKETAMINA

Productos afectados

- SPRAVATO

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	INITIAL: TREATMENT-RESISTANT DEPRESSION (TRD), MAJOR DEPRESSIVE DISORDER (MDD): PRESCRIBED BY OR IN CONSULTATION WITH A PSYCHIATRIST.
Duración de la cobertura	INICIAL: TRD: 3 MESES. MDD: 4 SEMANAS. RENOVACIÓN: TRD, MDD: 12 MESES.
Otros criterios	INITIAL: TRD: 1) NON-PSYCHOTIC, UNIPOLAR DEPRESSION, 2) NO ACTIVE SUBSTANCE ABUSE, AND 3) ADEQUATE TRIAL (AT LEAST 4 WEEKS) OF AT LEAST TWO ANTIDEPRESSANT AGENTS FROM DIFFERENT CLASSES THAT ARE INDICATED FOR DEPRESSION. MDD: 1) NON-PSYCHOTIC, UNIPOLAR DEPRESSION, AND 2) NO ACTIVE SUBSTANCE ABUSE. RENEWAL: TRD, MDD: DEMONSTRATED CLINICAL BENEFIT (IMPROVEMENT IN DEPRESSION) COMPARED TO BASELINE.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

ETANERCEPT

Productos afectados

- ENBREL
- ENBREL MINI

- ENBREL SURECLICK

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	INICIAL: PSORIASIS EN PLACAS (PSO): PSORIASIS QUE CUBRE EL 3% O MÁS DE LA SUPERFICIE CORPORAL O LESIONES PSORIÁSICAS QUE AFECTAN A LAS MANOS, LOS PIES, LA CARA O LA ZONA GENITAL.
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	INICIAL: ARTRITIS REUMATOIDE (RA), ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL POLIARTICULAR (PJIA), ESPONDILITIS ANQUILOSANTE (AS): PRESCRITOS POR UN REUMATÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL. ARTRITIS PSORIÁSICA (APS): PRESCRITA POR UN DERMATÓLOGO O REUMATÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉSTOS. PSO: PRESCRITA POR UN DERMATÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉSTE.
Duración de la cobertura	INICIAL: 6 MESES, RENOVACIÓN: 12 MESES.

Otros criterios	INITIAL: RA: TRIAL OF OR CONTRAINDICATION TO 3 MONTHS OF TREATMENT WITH ONE DMARD (DISEASE-MODIFYING ANTIRHEUMATIC DRUG) - IF PATIENT TRIED METHOTREXATE, THEN TRIAL AT A DOSE GREATER THAN OR EQUAL TO 20 MG PER WEEK OR MAXIMALLY TOLERATED DOSE IS REQUIRED. PJIA, PSA: 1) TRIAL OF OR CONTRAINDICATION TO ONE DMARD, AND 2) NO CONCURRENT USE WITH ANOTHER SYSTEMIC BIOLOGIC OR TARGETED SMALL MOLECULES (E.G., JAK INHIBITOR, PDE-4 INHIBITOR) FOR AN AUTOIMMUNE INDICATION. AS: 1) TRIAL OF OR CONTRAINDICATION TO AN NSAID, AND 2) NO CONCURRENT USE WITH ANOTHER SYSTEMIC BIOLOGIC OR TARGETED SMALL MOLECULES (E.G., JAK INHIBITOR, PDE-4 INHIBITOR) FOR AN AUTOIMMUNE INDICATION. PSO: 1) ONE OF THE FOLLOWING: (A) AT LEAST A 3 MONTH TRIAL OF ONE ORAL IMMUNOSUPPRESSANT (CYCLOSPORINE, METHOTREXATE, TACROLIMUS) OR PUVA (PHOTOTHERAPY)
------------------------	--

Criterios de AP	Detalles de los criterios
	FOR THE TREATMENT OF PSO, (B) CONTRAINDICATION OR INTOLERANCE TO BOTH IMMUNOSUPPRESSANT AND PUVA FOR THE TREATMENT OF PSO, OR (C) PATIENT IS SWITCHING FROM A DIFFERENT BIOLOGIC, PDE-4 INHIBITOR, OR JAK INHIBITOR FOR THE SAME INDICATION, AND 2) NO CONCURRENT USE WITH ANOTHER SYSTEMIC BIOLOGIC OR TARGETED SMALL MOLECULES (E.G., JAK INHIBITOR, PDE-4 INHIBITOR) FOR AN AUTOIMMUNE INDICATION. RENEWAL: RA: CONTINUES TO BENEFIT FROM THE MEDICATION. PJIA, PSA, AS, PSO: 1) CONTINUES TO BENEFIT FROM THE MEDICATION, AND 2) NO CONCURRENT USE WITH ANOTHER SYSTEMIC BIOLOGIC OR TARGETED SMALL MOLECULES (E.G., JAK INHIBITOR, PDE-4 INHIBITOR) FOR AN AUTOIMMUNE INDICATION.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

EVEROLIMUS-AFINITOR

Productos afectados

- *everolimus (antineoplásico) comprimido oral 10 mg, 2,5 mg, 5 mg, 7,5 mg*
- *torpenz comprimidos orales 10 mg, 2,5 mg, 5 mg, 7,5 mg*

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

EVEROLIMUS-AFINITOR DISPERZ

Productos afectados

- *everolimus (antineoplásico)*
comprimido oral para suspensión

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

CÁPSULA DE MICROBIOTA FECAL

Productos afectados

- VOWST

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	30 DÍAS
Otros criterios	CLOSTRIDIODES DIFFICILE INFECTION (CDI): 1) HAS NOT PREVIOUSLY RECEIVED VOWST: COMPLETION OF ANTIBIOTIC TREATMENT FOR RECURRENT CDI (AT LEAST 3 CDI EPISODES), OR 2) PREVIOUSLY RECEIVED VOWST: (A) TREATMENT FAILURE (DEFINED AS THE PRESENCE OF CDI DIARRHEA WITHIN 8 WEEKS OF FIRST DOSE OF VOWST AND A POSITIVE STOOL TEST FOR C. DIFFICILE), AND (B) HAS NOT RECEIVED MORE THAN ONE TREATMENT COURSE OF VOWST WHICH WAS AT LEAST 12 DAYS AND NOT MORE THAN 8 WEEKS PRIOR.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

FEDRATINIB

Productos afectados

- INREBIC

Criterios AP	Criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros criterios	MIELOFIBROSIS: INICIAL: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE JAKAFI (RUXOLITINIB). RENOVACIÓN: SIGUE BENEFICIÁNDOSE DE LA MEDICACIÓN.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

FENFLURAMINA

Productos afectados

- FINTEPLA

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	INICIAL: SÍNDROME DE DRAVET, SÍNDROME DE LENNOX-GASTAUT (LGS): PRESCRITO POR UN NEURÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL.
Duración de la cobertura	SÍNDROME DE DRAVET: INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES. LGS: 12 MESES.
Otros criterios	INITIAL: LGS: TRIAL OF OR CONTRAINDICATION TO TWO OF THE FOLLOWING ANTIEPILEPTIC MEDICATIONS: RUFINAMIDE, FELBAMATE, CLOBAZAM, TOPIRAMATE, LAMOTRIGINE, CLONAZEPAM. RENEWAL: DRAVET SYNDROME: PATIENT HAS SHOWN CONTINUED CLINICAL BENEFIT (E.G. REDUCTION OF SEIZURES, REDUCED LENGTH OF SEIZURES, SEIZURE CONTROL MAINTAINED).
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

CITRATO DE FENTANILO

Productos afectados

- *pastilla bucal de citrato de fentanilo con asa*

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	DOLOR RELACIONADO CON EL CÁNCER: 1) ACTUALMENTE CON UNA DOSIS DE MANTENIMIENTO DE ANALGÉSICO OPIÁCEO DE LIBERACIÓN CONTROLADA, Y 2) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE AL MENOS UN ANALGÉSICO OPIÁCEO ORAL DE LIBERACIÓN INMEDIATA O EL PACIENTE TIENE DIFICULTAD PARA TRAGAR COMPRIMIDOS/CÁPSULAS. ESTE MEDICAMENTO TAMBIÉN REQUIERE DETERMINACIÓN DE PAGO.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

FEZOLINETANT

Productos afectados

- VEOZAH

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	<p>SÍNTOMAS VASOMOTORES DE LA MENOPAUSIA (VMS): INICIAL: 1) EXPERIMENTA 7 O MÁS SOFOCOS AL DÍA, Y 2) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DEL TRATAMIENTO HORMONAL (POR EJEMPLO, PARCHE TRANSDÉRMICO DE ESTRADIOL, ESTRÓGENOS CONJUGADOS ORALES). RENOVACIÓN: 1) NECESIDAD CONTINUADA DE TRATAMIENTO CON VMS (ES DECIR, SOFOCOS PERSISTENTES), Y 2) REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA O GRAVEDAD DE LOS VMS DEBIDO AL TRATAMIENTO CON VEOZAH.</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

FILGRASTIM-AAFI

Productos afectados

- NIVESTYM

Criterios AP	Criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	PRESCRITOS POR UN HEMATÓLOGO U ONCÓLOGO O EN CONSULTA CON ELLOS.
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

FILGRASTIM-SNDZ

Productos afectados

- ZARXIO

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	PRESCRITOS POR UN HEMATÓLOGO U ONCÓLOGO O EN CONSULTA CON ELLOS.
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DEL AGENTE PREFERIDO NIVESTYM, CUANDO LAS INDICACIONES COINCIDAN
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

FINERENONA

Productos afectados

- KERENDIA

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

FINGOLIMOD

Productos afectados

- *fingolimod*

Criterios AP	Criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

FOSTAMATINIB

Productos afectados

- TAVALISSE

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	CHRONIC IMMUNE THROMBOCYTOPENIA (CITP): INITIAL: 1) PLATELET COUNT OF LESS THAN 30 X 10 ⁹ /L FROM AT LEAST 2 SEPARATE LAB TESTS IN THE LAST 3 MONTHS, OR 2) PLATELET COUNT OF LESS THAN 50 X 10 ⁹ /L FROM AT LEAST 2 SEPARATE LAB TESTS IN THE LAST 3 MONTHS AND A PRIOR BLEEDING EVENT.
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	CITP: INICIAL: PRESCRITO POR UN HEMATÓLOGO O INMUNÓLOGO O EN CONSULTA CON ELLOS.
Duración de la cobertura	INICIAL: 3 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	CITP: INICIAL: NO USO CONCOMITANTE CON AGONISTAS DEL RECEPTOR DE TROMBOPOYETINA (TPO-RAS). RENOVACIÓN: 1) MEJORA EN EL RECuento DE PLAQUETAS CON RESPECTO AL VALOR BASAL O REDUCCIÓN DE LOS EPISODIOS HEMORRÁGICOS, Y 2) NO USO SIMULTÁNEO CON TPO-RAS.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

FREMANEZUMAB-VFRM

Productos afectados

- AUTOINYECTOR AJOVY - JERINGUILLA AJOVY

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	INICIAL: 6 MESES, RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	MIGRAINE PREVENTION: INITIAL: 1) TRIAL OF OR CONTRAINDICATION TO ONE OF THE FOLLOWING PREVENTIVE MIGRAINE TREATMENTS: DIVALPROEX SODIUM, TOPIRAMATE, PROPRANOLOL, TIMOLOL, AND 2) NO CONCURRENT USE WITH OTHER CGRP INHIBITORS FOR MIGRAINE PREVENTION. RENEWAL: 1) REDUCTION IN MIGRAINE OR HEADACHE FREQUENCY, MIGRAINE SEVERITY, OR MIGRAINE DURATION WITH THERAPY, AND 2) NO CONCURRENT USE WITH OTHER CGRP INHIBITORS FOR MIGRAINE PREVENTION.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

FRUQUINTINIB

Productos afectados

- FRUZAQLA CÁPSULA ORAL 1 MG, 5 MG

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

FUTIBATINIB

Productos afectados

- LYTGobi COMPRIMIDO ORAL 12 MG/DÍA (4 MG X 3), 16 MG/DÍA (4 MG X 4), 20 MG/DÍA (4 MG X 5)

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	COLANGIOCARCINOMA INTRAHEPÁTICO (ICCA): REALIZAR UN EXAMEN OFTALMOLÓGICO COMPLETO, QUE INCLUYA TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA (OCT), ANTES DEL INICIO DEL TRATAMIENTO Y A LOS INTERVALOS PROGRAMADOS RECOMENDADOS.
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

GALCANEZUMAB-GNLM

Productos afectados

- LÁPIZ DE EMGALIDAD MG/ML, 300 MG/3 ML (100 MG/ML X 3)
- JERINGA EMGALITY JERINGA SUBCUTÁNEA 120

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	INICIAL: PREVENCIÓN DE MIGRAÑAS: 6 MESES CEFALEA EN RACIMOS EPISÓDICA: 3 MESES. RENOVACIÓN (TODAS): 12 MESES.
Otros criterios	INICIAL: PREVENCIÓN DE LA MIGRAÑA: 1) NO USO CONCURRENTES CON OTROS INHIBIDORES DE LA CGRP PARA LA PREVENCIÓN DE LA MIGRAÑA, Y 2) ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN DE UNO DE LOS SIGUIENTES TRATAMIENTOS PREVENTIVOS DE LA MIGRAÑA: DIVALPROEX SÓDICO, TOPIRAMATO, PROPRANOLOL, TIMOLOL. RENOVACIÓN: PREVENCIÓN DE LA MIGRAÑA: 1) REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE LA MIGRAÑA O CEFALEA, DE LA GRAVEDAD DE LA MIGRAÑA O DE LA DURACIÓN DE LA MIGRAÑA CON EL TRATAMIENTO, Y 2) NO UTILIZACIÓN SIMULTÁNEA CON OTROS INHIBIDORES DE LA CGRP PARA LA PREVENCIÓN DE LA MIGRAÑA. CEFALEA EN RACIMOS EPISÓDICA: MEJORA DE LA FRECUENCIA DE LA CEFALEA EN RACIMOS EPISÓDICA EN COMPARACIÓN CON EL VALOR BASAL.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

GANAXOLONA

Productos afectados

- ZTALMY

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

GEFITINIB

Productos afectados

- *gefitinib*

Criterios AP	Criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	METASTATIC NON-SMALL CELL LUNG CANCER (NSCLC) WITH EGFR MUTATION: NOT ON CONCURRENT THERAPY WITH AN EGFR TYROSINE KINASE INHIBITOR.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

GILTERITINIB

Productos afectados

- XOSPATA

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

GLASDEGIB

Productos afectados

- DAURISMO COMPRIMIDO ORAL
100 MG, 25 MG

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

GLATIRAMER

Productos afectados

- *glatiramer jeringa subcutánea 20 mg/ml, 40 mg/ml*
- *glatopa jeringa subcutánea 20 mg/ml, 40 mg/ml*

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

GLECAPREVIR/PIBRENTASVIR

Productos afectados

- MAVYRET COMPRIMIDO ORAL

Criterios AP	Criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	HCV RNA LEVEL WITHIN PAST 6 MONTHS
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	LOS CRITERIOS SE APLICARÁN DE ACUERDO CON LAS ORIENTACIONES ACTUALES DE LA AASLD/IDSA.
Otros criterios	1) CRITERIA WILL BE APPLIED CONSISTENT WITH CURRENT AASLD/IDSA GUIDANCE, 2) ONE OF THE FOLLOWING, WHEN THESE AGENTS ARE CONSIDERED ACCEPTABLE FOR TREATMENT OF THE SPECIFIC GENOTYPE PER AASLD/IDSA GUIDANCE: (A) SHORT TRIAL OF A PREFERRED FORMULARY AGENT: HARVONI OR EPCLUSA, OR (B) CONTRAINDICATION TO BOTH OF THE PREFERRED FORMULARY AGENTS: HARVONI AND EPCLUSA, 3) NOT CONCURRENTLY TAKING ANY OF THE FOLLOWING MEDICATIONS: CARBAMAZEPINE, RIFAMPIN, ETHINYL ESTRADIOL-CONTAINING MEDICATION, ATAZANAVIR, DARUNAVIR, LOPINAVIR, RITONAVIR, EFAVIRENZ, ATORVASTATIN, LOVASTATIN, SIMVASTATIN, ROSUVASTATIN AT DOSES GREATER THAN 10MG, CYCLOSPORINE AT DOSES GREATER THAN 100MG PER DAY, EPCLUSA, HARVONI, VOSEVI, OR ZEPATIER, 4) PATIENT MUST NOT HAVE PRIOR FAILURE OF A DAA REGIMEN WITH NS5A INHIBITOR AND HCV PROTEASE INHIBITOR, AND 5) DOES NOT HAVE MODERATE OR SEVERE HEPATIC IMPAIRMENT (CHILD PUGH B OR C).
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Otros usos	
-------------------	--

Actualizado 10/2024

Criterios de la AP	Detalles de los criterios
Parte B Requisitos previos	No

GLP1-DULAGLUTIDA

Productos afectados

- TRULICIDAD

Criterios de la AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Información médica obligatoria	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Restricciones de edad	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Restricciones para los prescriptores	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Duración de la cobertura	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Otros criterios	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Indicaciones	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Otros usos	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

GLP1-SEMAGLUTIDA

Productos afectados

- OZEMPIC - RYBELSUS

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Información médica obligatoria	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Restricciones de edad	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Restricciones para los prescriptores	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Duración de la cobertura	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Otros criterios	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Indicaciones	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Otros usos	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Parte B Requisitos previos	No

GLP1-TIRZEPATIDA

Productos afectados

- MOUNJARO

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Información médica obligatoria	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Restricciones de edad	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Restricciones para los prescriptores	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Duración de la cobertura	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Otros criterios	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Indicaciones	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Otros usos	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

FENILBUTIRATO DE GLICEROL

Productos afectados

- RAVICTI

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	TRASTORNO DEL CICLO DE LA UREA (TCEU): INICIAL: EL DIAGNÓSTICO SE CONFIRMA MEDIANTE PRUEBAS ENZIMÁTICAS, BIOQUÍMICAS O GENÉTICAS
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros criterios	UCD: INICIAL: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN AL FENILBUTIRATO SÓDICO. RENOVACIÓN: EL PACIENTE PRESENTA UN BENEFICIO CLÍNICO CON RESPECTO AL VALOR BASAL.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

GOSERELIN

Productos afectados

- ZOLADEX

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	ENDOMETRIOSIS: EL DIAGNÓSTICO SE CONFIRMA MEDIANTE VISUALIZACIÓN QUIRÚRGICA O DIRECTA (POR EJEMPLO, ECOGRAFÍA PÉLVICA) O CONFIRMACIÓN HISTOPATOLÓGICA (POR EJEMPLO, LAPAROSCOPIA O LAPAROTOMÍA) EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS.
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	ENDOMETRIOSIS: PRESCRITA POR UN OBSTETRA/GINECÓLOGO O EN CONSULTA CON EL MISMO.
Duración de la cobertura	CARCINOMA PROSTÁTICO ESTADIO B2-C: 4 MOS. ENDOMETRIOSIS: 6 MESES DE POR VIDA. TODOS LOS DEMÁS: 12 MESES.
Otros criterios	ENDOMETRIOSIS: 1) NO USO CONCOMITANTE CON OTRO AGENTE MODULADOR DE LA GNRH, 2) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UN PREPARADO QUE CONTENGA NSAID Y PROGESTINA, Y 3) NO HA RECIBIDO UN TOTAL DE 6 MESES DE TRATAMIENTO DE POR VIDA. ESTE MEDICAMENTO TAMBIÉN REQUIERE DETERMINACIÓN DE PAGO Y PUEDE ESTAR CUBIERTO POR MEDICARE PARTE B O D.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

GUSELKUMAB

Productos afectados

- AUTOINYECTOR SUBCUTÁNEO TREMFYA
- TREMFYA JERINGA SUBCUTÁNEA 100 MG/ML

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	INICIAL: PSORIASIS EN PLACAS (PSO): PSORIASIS QUE CUBRE EL 3% O MÁS DE LA SUPERFICIE CORPORAL O LESIONES PSORIÁSICAS QUE AFECTAN A LAS MANOS, LOS PIES, LA CARA O LA ZONA GENITAL.
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	INICIAL: PSO: PRESCRITA POR UN DERMATÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL. ARTRITIS PSORIÁSICA (APS): PRESCRITA POR UN REUMATÓLOGO O UN DERMATÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉSTOS.
Duración de la cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros criterios	INITIAL: PSA: 1) TRIAL OF OR CONTRAINDICATION TO ONE DMARD (DISEASE-MODIFYING ANTIRHEUMATIC DRUG), AND 2) NO CONCURRENT USE WITH ANOTHER SYSTEMIC BIOLOGIC OR TARGETED SMALL MOLECULES (E.G., JAK INHIBITOR, PDE-4 INHIBITOR) FOR AN AUTOIMMUNE INDICATION. PSO: 1) ONE OF THE FOLLOWING: (A) AT LEAST A 3 MONTH TRIAL OF ONE ORAL IMMUNOSUPPRESSANT (CYCLOSPORINE, METHOTREXATE, TACROLIMUS) OR PUVA (PHOTOTHERAPY) FOR THE TREATMENT OF PSO, (B) CONTRAINDICATION OR INTOLERANCE TO BOTH IMMUNOSUPPRESSANT AND PUVA FOR THE TREATMENT OF PSO, OR (C) PATIENT IS SWITCHING FROM A DIFFERENT BIOLOGIC, PDE-4 INHIBITOR, OR JAK INHIBITOR FOR THE SAME INDICATION, AND 2) NO CONCURRENT USE WITH ANOTHER SYSTEMIC BIOLOGIC OR TARGETED SMALL MOLECULES (E.G., JAK INHIBITOR, PDE-4 INHIBITOR) FOR AN AUTOIMMUNE INDICATION. RENEWAL: PSO, PSA: 1) CONTINUES TO BENEFIT FROM THE MEDICATION, AND 2) NO CONCURRENT USE WITH ANOTHER SYSTEMIC BIOLOGIC OR

	TARGETED SMALL MOLECULES (E.G., JAK INHIBITOR, PDE-4 INHIBITOR) FOR AN AUTOIMMUNE INDICATION.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No
Criterios AP	Criterios
	TARGETED SMALL MOLECULES (E.G., JAK INHIBITOR, PDE-4 INHIBITOR) FOR AN AUTOIMMUNE INDICATION.

Actualizado 10/2024

SOLUCIONES ORALES DE OPIÁCEOS DE ALTA CONCENTRACIÓN

Productos afectados

- *concentrado de morfina solución oral* - *concentrado oral de oxicodona*

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	TOLERANTE A OPIÁCEOS: 12 MESES. CUIDADOS PALIATIVOS O AL FINAL DE LA VIDA: DE POR VIDA.
Otros criterios	1) OPIOID TOLERANT (I.E. PREVIOUS USE OF 60 MG ORAL MORPHINE PER DAY, 25 MCG TRANSDERMAL FENTANYL PER HOUR, 30 MG ORAL OXYCODONE PER DAY, 8 MG ORAL HYDROMORPHONE PER DAY, 25 MG ORAL OXYMORPHONE PER DAY, 60 MG ORAL HYDROCODONE PER DAY, OR AN EQUIANALGESIC DOSE OF ANOTHER OPIOID) AND HAS TROUBLE SWALLOWING OPIOID TABLETS, CAPSULES, OR LARGE VOLUMES OF LIQUID, OR 2) ENROLLED IN HOSPICE OR PALLIATIVE CARE OR END OF LIFE CARE.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

IBRUTINIB

Productos afectados

- IMBRUVICA CÁPSULA ORAL 140 MG, 70 MG
- IMBRUVICA SUSPENSIÓN ORAL
- IMBRUVICA COMPRIMIDO ORAL

Criterios AP	Criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

IBUPROFENO-FAMOTIDINA

Productos afectados

- *ibuprofeno-famotidina*

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	TRIAL OF ONE OF THE FOLLOWING GENERIC, FEDERAL LEGEND HISTAMINE H2-RECEPTOR ANTAGONISTS: FAMOTIDINE, CIMETIDINE, OR NIZATIDINE, AND TRIAL OF GENERIC, FEDERAL LEGEND IBUPROFEN.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

ICATIBANTE

Productos afectados

- *icatibant* - *sajazir*

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	HEREDITARY ANGIOEDEMA (HAE): DIAGNOSIS CONFIRMED BY COMPLEMENT TESTING.
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	HAE: PRESCRIBED BY OR IN CONSULTATION WITH AN ALLERGIST, IMMUNOLOGIST, OR HEMATOLOGIST.
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	HAE: NO CONCURRENT USE WITH OTHER MEDICATIONS FOR TREATMENT OF ACUTE HAE ATTACKS.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

IDEALISIB

Productos afectados

- ZYDELIG

Criterios AP	Criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

IMATINIB

Productos afectados

- *imatinib comprimido oral 100 mg, 400 mg*

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	ADJUVANT GASTROINTESTINAL STROMAL TUMOR TREATMENT: 36 MONTHS. ALL OTHER DIAGNOSES: 12 MONTHS.
Otros criterios	PHILADELPHIA CHROMOSOME POSITIVE CHRONIC MYELOID LEUKEMIA: PATIENT HAS NOT RECEIVED A PREVIOUS TREATMENT WITH ANOTHER TYROSINE KINASE INHIBITOR.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

IMETELSTAT

Productos afectados

- RYTELO

Criterios AP	Criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

INFIGRATINIB

Productos afectados

- TRUSELTIQ

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	CHOLANGIOCARCINOMA: COMPREHENSIVE OPHTHALMOLOGICAL EXAMINATION, INCLUDING OPTICAL COHERENCE TOMOGRAPHY (OCT), WILL BE COMPLETED PRIOR TO INITIATION OF THERAPY AND AT THE RECOMMENDED SCHEDULED INTERVALS.
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

INFLIXIMAB

Productos afectados

- *infiximab*

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	INICIAL: PSORIASIS EN PLACAS (PSO): PSORIASIS QUE CUBRE EL 3% O MÁS DE LA SUPERFICIE CORPORAL O LESIONES PSORIÁSICAS QUE AFECTAN A LAS MANOS, LOS PIES, LA ZONA GENITAL O LA CARA.
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	INITIAL: RHEUMATOID ARTHRITIS (RA), ANKYLOSING SPONDYLITIS (AS): PRESCRIBED BY OR IN CONSULTATION WITH A RHEUMATOLOGIST. PSORIATIC ARTHRITIS (PSA): PRESCRIBED BY OR IN CONSULTATION WITH A DERMATOLOGIST OR RHEUMATOLOGIST. PSO: PRESCRIBED BY OR IN CONSULTATION WITH A DERMATOLOGIST. CROHNS DISEASE (CD), ULCERATIVE COLITIS (UC): PRESCRIBED BY OR IN CONSULTATION WITH A GASTROENTEROLOGIST..
Duración de la cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	INITIAL: RA: TRIAL OF OR CONTRAINDICATION TO TWO OF THE FOLLOWING PREFERRED AGENTS: ENBREL, HUMIRA, XELJANZ, RINVOQ, ORENCIA. PSA: 1) TRIAL OF OR CONTRAINDICATION TO TWO OF THE FOLLOWING PREFERRED AGENTS: COSENTYX, ENBREL, HUMIRA, STELARA, XELJANZ, RINVOQ, SKYRIZI, TREMFYA, ORENCIA, OTEZLA, AND 2) NO CONCURRENT USE WITH ANOTHER SYSTEMIC BIOLOGIC OR TARGETED SMALL MOLECULES (E.G., JAK INHIBITOR, PDE-4 INHIBITOR) FOR AN AUTOIMMUNE INDICATION. PSO: 1) TRIAL OF OR CONTRAINDICATION TO TWO OF THE FOLLOWING PREFERRED AGENTS: COSENTYX, ENBREL, HUMIRA, STELARA, SKYRIZI, TREMFYA, OTEZLA, AND 2) NO CONCURRENT USE WITH ANOTHER SYSTEMIC BIOLOGIC OR TARGETED SMALL MOLECULES (E.G., JAK INHIBITOR, PDE-4

Critérios AP	Critérios

	<p>INHIBITOR) FOR AN AUTOIMMUNE INDICATION. AS: 1) TRIAL OF OR CONTRAINDICATION TO TWO OF THE FOLLOWING PREFERRED AGENTS: COSENTYX, ENBREL, HUMIRA, XELJANZ, RINVOQ, AND 2) NO CONCURRENT USE WITH ANOTHER SYSTEMIC BIOLOGIC OR TARGETED SMALL MOLECULES (E.G., JAK INHIBITOR, PDE-4 INHIBITOR) FOR AN AUTOIMMUNE INDICATION. MODERATE TO SEVERE CD: 1) TRIAL OF OR CONTRAINDICATION TO TWO OF THE FOLLOWING PREFERRED AGENTS, WHERE AGES ALIGN: STELARA, HUMIRA, RINVOQ, SKYRIZI, AND 2) NO CONCURRENT USE WITH ANOTHER SYSTEMIC BIOLOGIC OR TARGETED SMALL MOLECULES (E.G., JAK INHIBITOR, PDE-4 INHIBITOR) FOR AN AUTOIMMUNE INDICATION. UC: 1) TRIAL OF OR CONTRAINDICATION TO TWO OF THE FOLLOWING PREFERRED AGENTS, WHERE AGES ALIGN: STELARA, XELJANZ, HUMIRA, RINVOQ, AND 2) NO CONCURRENT USE WITH ANOTHER SYSTEMIC BIOLOGIC OR TARGETED SMALL MOLECULES (E.G., JAK INHIBITOR, PDE-4 INHIBITOR) FOR AN AUTOIMMUNE INDICATION. RENEWAL: RA: CONTINUES TO BENEFIT FROM THE MEDICATION. AS, PSO, PSA: 1) CONTINUES TO BENEFIT FROM THE MEDICATION, AND 2) NO CONCURRENT USE WITH ANOTHER SYSTEMIC BIOLOGIC OR TARGETED SMALL MOLECULES (E.G., JAK INHIBITOR, PDE-4 INHIBITOR) FOR AN AUTOIMMUNE INDICATION. UC, MODERATE TO SEVERE CD: NO CONCURRENT USE WITH ANOTHER SYSTEMIC BIOLOGIC OR TARGETED SMALL MOLECULES (E.G., JAK INHIBITOR, PDE-4 INHIBITOR) FOR AN AUTOIMMUNE INDICATION. THIS DRUG ALSO REQUIRES PAYMENT DETERMINATION AND MAY BE COVERED UNDER MEDICARE PART B OR D.</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

INFLIXIMAB-ABDA

Productos afectados

- RENFLEXIS

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	INICIAL: PSORIASIS EN PLACAS (PSO): PSORIASIS QUE CUBRE EL 3% O MÁS DE LA SUPERFICIE CORPORAL O LESIONES PSORIÁSICAS QUE AFECTAN A LAS MANOS, LOS PIES, LA ZONA GENITAL O LA CARA.
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	INITIAL: RHEUMATOID ARTHRITIS (RA), ANKYLOSING SPONDYLITIS (AS): PRESCRIBED BY OR IN CONSULTATION WITH A RHEUMATOLOGIST. PSORIATIC ARTHRITIS (PSA): PRESCRIBED BY OR IN CONSULTATION WITH A DERMATOLOGIST OR RHEUMATOLOGIST. PSO: PRESCRIBED BY OR IN CONSULTATION WITH A DERMATOLOGIST. CROHNS DISEASE (CD), ULCERATIVE COLITIS (UC): PRESCRIBED BY OR IN CONSULTATION WITH A GASTROENTEROLOGIST.
Duración de la cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	INITIAL: RA: TRIAL OF OR CONTRAINDICATION TO TWO OF THE FOLLOWING PREFERRED AGENTS: ENBREL, HUMIRA, XELJANZ, RINVOQ, ORENCIA. PSA: 1) TRIAL OF OR CONTRAINDICATION TO TWO OF THE FOLLOWING PREFERRED AGENTS: COSENTYX, ENBREL, HUMIRA, STELARA, XELJANZ, RINVOQ, SKYRIZI, TREMFYA, ORENCIA, OTEZLA, AND 2) NO CONCURRENT USE WITH ANOTHER SYSTEMIC BIOLOGIC OR TARGETED SMALL MOLECULES (E.G., JAK INHIBITOR, PDE-4 INHIBITOR) FOR AN AUTOIMMUNE INDICATION. PSO: 1) TRIAL OF OR CONTRAINDICATION TO TWO OF THE FOLLOWING PREFERRED AGENTS: COSENTYX, ENBREL, HUMIRA, STELARA, SKYRIZI, TREMFYA, OTEZLA, AND 2) NO CONCURRENT USE WITH ANOTHER SYSTEMIC BIOLOGIC OR TARGETED SMALL MOLECULES (E.G., JAK INHIBITOR, PDE-4

Criterios AP	Detalles de los criterios

	<p>INHIBITOR) FOR AN AUTOIMMUNE INDICATION. AS: 1) TRIAL OF OR CONTRAINDICATION TO TWO OF THE FOLLOWING PREFERRED AGENTS: COSENTYX, ENBREL, HUMIRA, XELJANZ, RINVOQ, AND 2) NO CONCURRENT USE WITH ANOTHER SYSTEMIC BIOLOGIC OR TARGETED SMALL MOLECULES (E.G., JAK INHIBITOR, PDE-4 INHIBITOR) FOR AN AUTOIMMUNE INDICATION. MODERATE TO SEVERE CD: 1) TRIAL OF OR CONTRAINDICATION TO TWO OF THE FOLLOWING PREFERRED AGENTS, WHERE AGES ALIGN: STELARA, HUMIRA, RINVOQ, SKYRIZI, AND 2) NO CONCURRENT USE WITH ANOTHER SYSTEMIC BIOLOGIC OR TARGETED SMALL MOLECULES (E.G., JAK INHIBITOR, PDE-4 INHIBITOR) FOR AN AUTOIMMUNE INDICATION. UC: 1) TRIAL OF OR CONTRAINDICATION TO TWO OF THE FOLLOWING PREFERRED AGENTS, WHERE AGES ALIGN: STELARA, XELJANZ, HUMIRA, RINVOQ, AND 2) NO CONCURRENT USE WITH ANOTHER SYSTEMIC BIOLOGIC OR TARGETED SMALL MOLECULES (E.G., JAK INHIBITOR, PDE-4 INHIBITOR) FOR AN AUTOIMMUNE INDICATION. RENEWAL: RA: CONTINUES TO BENEFIT FROM THE MEDICATION. AS, PSO, PSA: 1) CONTINUES TO BENEFIT FROM THE MEDICATION, AND 2) NO CONCURRENT USE WITH ANOTHER SYSTEMIC BIOLOGIC OR TARGETED SMALL MOLECULES (E.G., JAK INHIBITOR, PDE-4 INHIBITOR) FOR AN AUTOIMMUNE INDICATION. UC, MODERATE TO SEVERE CD: NO CONCURRENT USE WITH ANOTHER SYSTEMIC BIOLOGIC OR TARGETED SMALL MOLECULES (E.G., JAK INHIBITOR, PDE-4 INHIBITOR) FOR AN AUTOIMMUNE INDICATION. THIS DRUG ALSO REQUIRES PAYMENT DETERMINATION AND MAY BE COVERED UNDER MEDICARE PART B OR D.</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

INFLIXIMAB-AXXQ

Productos afectados

- AVSOLA

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	INICIAL: PSORIASIS EN PLACAS (PSO): PSORIASIS QUE CUBRE EL 3% O MÁS DE LA SUPERFICIE CORPORAL O LESIONES PSORIÁSICAS QUE AFECTAN A LAS MANOS, LOS PIES, LA ZONA GENITAL O LA CARA.
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	INICIAL: ARTRITIS REUMATOIDE (RA), ESPONDILITIS ANQUILOSANTE (AS): PRESCRITAS POR UN REUMATÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL. ARTRITIS PSORIÁSICA (APS): PRESCRITA POR UN DERMATÓLOGO O REUMATÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉSTOS. PSO: PRESCRITA POR UN DERMATÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉSTE. ENFERMEDAD DE CROHN (EC), COLITIS ULCEROSA (CU): PRESCRITOS POR UN GASTROENTERÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉSTE.
Duración de la cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	INITIAL: RA: TRIAL OF OR CONTRAINDICATION TO TWO OF THE FOLLOWING PREFERRED AGENTS: ENBREL, HUMIRA, XELJANZ, RINVOQ, ORENCIA. PSA: 1) TRIAL OF OR CONTRAINDICATION TO TWO OF THE FOLLOWING PREFERRED AGENTS: COSENTYX, ENBREL, HUMIRA, STELARA, XELJANZ, RINVOQ, SKYRIZI, TREMFYA, ORENCIA, OTEZLA, AND 2) NO CONCURRENT USE WITH ANOTHER SYSTEMIC BIOLOGIC OR TARGETED SMALL MOLECULES (E.G., JAK INHIBITOR, PDE-4 INHIBITOR) FOR AN AUTOIMMUNE INDICATION. PSO: 1) TRIAL OF OR CONTRAINDICATION TO TWO OF THE FOLLOWING PREFERRED AGENTS: COSENTYX, ENBREL, HUMIRA, STELARA, SKYRIZI, TREMFYA, OTEZLA, AND 2) NO CONCURRENT USE WITH ANOTHER SYSTEMIC BIOLOGIC OR TARGETED SMALL MOLECULES (E.G., JAK INHIBITOR, PDE-4

Criteria AP	Criteria

	<p>INHIBITOR) FOR AN AUTOIMMUNE INDICATION. AS: 1) TRIAL OF OR CONTRAINDICATION TO TWO OF THE FOLLOWING PREFERRED AGENTS: COSENTYX, ENBREL, HUMIRA, XELJANZ, RINVOQ, AND 2) NO CONCURRENT USE WITH ANOTHER SYSTEMIC BIOLOGIC OR TARGETED SMALL MOLECULES (E.G., JAK INHIBITOR, PDE-4 INHIBITOR) FOR AN AUTOIMMUNE INDICATION. MODERATE TO SEVERE CD: 1) TRIAL OF OR CONTRAINDICATION TO TWO OF THE FOLLOWING PREFERRED AGENTS, WHERE AGES ALIGN: STELARA, HUMIRA, RINVOQ, SKYRIZI, AND 2) NO CONCURRENT USE WITH ANOTHER SYSTEMIC BIOLOGIC OR TARGETED SMALL MOLECULES (E.G., JAK INHIBITOR, PDE-4 INHIBITOR) FOR AN AUTOIMMUNE INDICATION. UC: 1) TRIAL OF OR CONTRAINDICATION TO TWO OF THE FOLLOWING PREFERRED AGENTS, WHERE AGES ALIGN: STELARA, XELJANZ, HUMIRA, RINVOQ, AND 2) NO CONCURRENT USE WITH ANOTHER SYSTEMIC BIOLOGIC OR TARGETED SMALL MOLECULES (E.G., JAK INHIBITOR, PDE-4 INHIBITOR) FOR AN AUTOIMMUNE INDICATION. RENEWAL: RA: CONTINUES TO BENEFIT FROM THE MEDICATION. AS, PSO, PSA: 1) CONTINUES TO BENEFIT FROM THE MEDICATION, AND 2) NO CONCURRENT USE WITH ANOTHER SYSTEMIC BIOLOGIC OR TARGETED SMALL MOLECULES (E.G., JAK INHIBITOR, PDE-4 INHIBITOR) FOR AN AUTOIMMUNE INDICATION. UC, MODERATE TO SEVERE CD: NO CONCURRENT USE WITH ANOTHER SYSTEMIC BIOLOGIC OR TARGETED SMALL MOLECULES (E.G., JAK INHIBITOR, PDE-4 INHIBITOR) FOR AN AUTOIMMUNE INDICATION. THIS DRUG ALSO REQUIRES PAYMENT DETERMINATION AND MAY BE COVERED UNDER MEDICARE PART B OR D.</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

INFLIXIMAB-DYYB - IV

Productos afectados

- INFLECTRA

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	INICIAL: PSORIASIS EN PLACAS (PSO): PSORIASIS QUE CUBRE EL 3% O MÁS DE LA SUPERFICIE CORPORAL O LESIONES PSORIÁSICAS QUE AFECTAN A LAS MANOS, LOS PIES, LA ZONA GENITAL O LA CARA.
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	INICIAL: ARTRITIS REUMATOIDE (RA), ESPONDILITIS ANQUILOSANTE (AS): PRESCRITAS POR UN REUMATÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL. ARTRITIS PSORIÁSICA (APS): PRESCRITA POR UN DERMATÓLOGO O REUMATÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉSTOS. PSO: PRESCRITA POR UN DERMATÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉSTE. ENFERMEDAD DE CROHN (EC), COLITIS ULCEROSA (CU): PRESCRITOS POR UN GASTROENTERÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉSTE.
Duración de la cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	INITIAL: RA: TRIAL OF OR CONTRAINDICATION TO TWO OF THE FOLLOWING PREFERRED AGENTS: ENBREL, HUMIRA, XELJANZ, RINVOQ, ORENCIA. PSA: 1) TRIAL OF OR CONTRAINDICATION TO TWO OF THE FOLLOWING PREFERRED AGENTS: COSENTYX, ENBREL, HUMIRA, STELARA, XELJANZ, RINVOQ, SKYRIZI, TREMFYA, ORENCIA, OTEZLA, AND 2) NO CONCURRENT USE WITH ANOTHER SYSTEMIC BIOLOGIC OR TARGETED SMALL MOLECULES (E.G., JAK INHIBITOR, PDE-4 INHIBITOR) FOR AN AUTOIMMUNE INDICATION. PSO: 1) TRIAL OF OR CONTRAINDICATION TO TWO OF THE FOLLOWING PREFERRED AGENTS: COSENTYX, ENBREL, HUMIRA, STELARA, SKYRIZI, TREMFYA, OTEZLA, AND 2) NO CONCURRENT USE WITH ANOTHER SYSTEMIC BIOLOGIC OR TARGETED SMALL MOLECULES (E.G., JAK INHIBITOR, PDE-4

Criterios de AP	Detalles de los criterios

	<p>INHIBITOR) FOR AN AUTOIMMUNE INDICATION. AS: 1) TRIAL OF OR CONTRAINDICATION TO TWO OF THE FOLLOWING PREFERRED AGENTS: COSENTYX, ENBREL, HUMIRA, XELJANZ, RINVOQ, AND 2) NO CONCURRENT USE WITH ANOTHER SYSTEMIC BIOLOGIC OR TARGETED SMALL MOLECULES (E.G., JAK INHIBITOR, PDE-4 INHIBITOR) FOR AN AUTOIMMUNE INDICATION. MODERATE TO SEVERE CD: 1) TRIAL OF OR CONTRAINDICATION TO TWO OF THE FOLLOWING PREFERRED AGENTS, WHERE AGES ALIGN: STELARA, HUMIRA, RINVOQ, SKYRIZI, AND 2) NO CONCURRENT USE WITH ANOTHER SYSTEMIC BIOLOGIC OR TARGETED SMALL MOLECULES (E.G., JAK INHIBITOR, PDE-4 INHIBITOR) FOR AN AUTOIMMUNE INDICATION. UC: 1) TRIAL OF OR CONTRAINDICATION TO TWO OF THE FOLLOWING PREFERRED AGENTS, WHERE AGES ALIGN: STELARA, XELJANZ, HUMIRA, RINVOQ, AND 2) NO CONCURRENT USE WITH ANOTHER SYSTEMIC BIOLOGIC OR TARGETED SMALL MOLECULES (E.G., JAK INHIBITOR, PDE-4 INHIBITOR) FOR AN AUTOIMMUNE INDICATION. RENEWAL: RA: CONTINUES TO BENEFIT FROM THE MEDICATION. AS, PSO, PSA: 1) CONTINUES TO BENEFIT FROM THE MEDICATION, AND 2) NO CONCURRENT USE WITH ANOTHER SYSTEMIC BIOLOGIC OR TARGETED SMALL MOLECULES (E.G., JAK INHIBITOR, PDE-4 INHIBITOR) FOR AN AUTOIMMUNE INDICATION. UC, MODERATE TO SEVERE CD: NO CONCURRENT USE WITH ANOTHER SYSTEMIC BIOLOGIC OR TARGETED SMALL MOLECULES (E.G., JAK INHIBITOR, PDE-4 INHIBITOR) FOR AN AUTOIMMUNE INDICATION. THIS DRUG ALSO REQUIRES PAYMENT DETERMINATION AND MAY BE COVERED UNDER MEDICARE PART B OR D.</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

INFLIXIMAB-DYYB - SQ

Productos afectados

- ZYMFENTRA

Crterios AP	Crterios
Crterios de exclusión	
Información mdica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	INICIAL: COLITIS ULCEROSA (UC), ENFERMEDAD DE CROHNS (CD): PRESCRITO POR UN GASTROENTERÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL.
Duración de la cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	INITIAL: UC: 1) TRIAL OF OR CONTRAINDICATION TO TWO OF THE FOLLOWING PREFERRED AGENTS: STELARA, XELJANZ, HUMIRA, RINVOQ, AND 2) NO CONCURRENT USE WITH ANOTHER SYSTEMIC BIOLOGIC OR TARGETED SMALL MOLECULES (E.G., JAK INHIBITOR, PDE-4 INHIBITOR) FOR AN AUTOIMMUNE INDICATION. CD: 1) TRIAL OF OR CONTRAINDICATION TO TWO OF THE FOLLOWING PREFERRED AGENTS: STELARA, HUMIRA, RINVOQ, SKYRIZI, AND 2) NO CONCURRENT USE WITH ANOTHER SYSTEMIC BIOLOGIC OR TARGETED SMALL MOLECULES (E.G., JAK INHIBITOR, PDE-4 INHIBITOR) FOR AN AUTOIMMUNE INDICATION. RENEWAL: UC, CD: NO CONCURRENT USE WITH ANOTHER SYSTEMIC BIOLOGIC OR TARGETED SMALL MOLECULES (E.G., JAK INHIBITOR, PDE-4 INHIBITOR) FOR AN AUTOIMMUNE INDICATION.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

DETERMINACIÓN DEL PAGO DE LOS SUMINISTROS DE INSULINA

Productos afectados

- 1ER NIVEL PENTP UNIFINO 5MM 31G
- 1ER NIVEL UNIFINE PNTIP 4MM 32G
- 1ER NIVEL UNIFINE PNTIP 6MM 31G
- 1ST TIER UNIFINE PNTIP 8MM 31G STRL,SINGLE-USE,SHRT
- 1ER NIVEL UNIFINE PNTIP 29GX1/2"
- 1ER NIVEL UNIFINE PNTIP 31GX3/16
- 1ER NIVEL UNIFINE PNTIP 32GX5/32
- ABOUTTIME AGUJA PLUMA 30G X 8MM
- AGUJA PARA BOLÍGRAFO ABOUTTIME 31G X 5MM
- AGUJA PARA BOLÍGRAFO ABOUTTIME 31G X 8MM
- ABOUTTIME AGUJA PLUMA 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
- BOLÍGRAFO ADVOCATE NDL 12,7MM 29G
- ADVOCATE AGUJA PLUMA 32G 4MM
- ADVOCATE PEN AGUJA 4MM 33G
- ADVOCATE PEN AGUJAS 5MM 31G
- ADVOCATE PEN AGUJAS 8MM 31G
- BASTONCILLOS CON ALCOHOL AL 70%
- PASTILLAS DE ALCOHOL
- ALCOHOL PREP SWABS
- PAÑOS DE ALCOHOL
- AQINJECT PLUMA AGUJA 31G 5MM
- AQINJECT AGUJA PLUMA 32G 4MM
- ASSURE ID DUO PRO NDL 31G 5MM

- ASEGURAR ID DUO-SHIELD 30GX3/16"
- ASEGURAR ID DUO-SHIELD 30GX5/16"
- JERINGA SEGURIDAD INSULINA 1 ML 29 GAUGE X 1/2" ASSURE ID
- ASSURE ID AGUJA PLUMA 30GX3/16"
- ASSURE ID AGUJA PLUMA 30GX5/16"
- ASSURE ID AGUJA PLUMA 31GX3/16"
- ASSURE ID PRO PEN NDL 30G 5MM
- ASSURE ID SYR 0.5 ML 29GX1/2" (RX)
- ASEGURAR ID SYR 0,5 ML 31GX15/64".
- ASEGURAR ID SYR 1 ML 31GX15/64".
- BD AUTOSHIELD DUO NDL 5MMX30G
- BD ECLIPSE 30GX1/2" JERINGA
- BD ECLIPSE AGUJA 30GX1/2" (OTC)
- BD INS SYR 0,3 ML 8MMX31G(1/2)
- JERINGA BD INS 1/2 ML 6MMX31G (SÓLO PARA INSULINA 500 UNIDADES/ML)
- BD INS SYRN UF 1 ML 12.7MMX30G NO DESTINADO A LA VENTA AL POR MENOR
- BD INSULINA SYR 1 ML 25GX1"
- BD INSULINA SYR 1 ML 25GX5/8"
- BD INSULINA SYR 1 ML 26GX1/2"
- BD INSULIN SYR 1 ML 27GX5/8" MICRO-FINE
- BD INSULIN SYR 1 ML 28GX1/2" (OTC)
- JERINGA INSULINA BD 1 ML SIN AGUJA
- BD JERINGA LUER-LOK 1 ML
- BOLÍGRAFO BD NANO 2 GEN 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

Actualizado 10/2024

- BD SAFETYGLD INS 1 ML 29G 13MM
- BD SAFETYGLID INS 1 ML 6MMX31G
- BD SAFETYGLIDE JERINGA 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 HISOPO DE UN SOLO USO
- BD UF MICRO AGUJA PLUMA 6MMX32G
- BD UF MINI AGUJA PLUMA 5MMX31G
- BD UF NANO PEN AGUJA 4MMX32G
- BOLÍGRAFO BD UF ORIG NDL 12,7MMX29G
- BD UF AGUJA CORTA 8MMX31G
- BD VEO INS 0,3 ML 6MMX31G (1/2)
- BD VEO INS JERINGA 1 ML 6MMX31G
- BD VEO INS SYRN 0,3 ML 6MMX31G
- BD VEO INS SYRN 0,5 ML 6MMX31G
- GASA BORDEADA 2 "X2"
- AGUJA PARA BOLÍGRAFO CAREFINE 12,7MM 29G
- AGUJA PLUMA CAREFINE 4MM 32G
- AGUJA PLUMA CAREFINE 5MM 32G
- AGUJA PARA BOLÍGRAFO CAREFINE 6MM 31G
- AGUJA PLUMA CAREFINE 8MM 30G
- CAREFINE PEN AGUJAS 6MM 32G
- CAREFINE PEN AGUJAS 8MM 31G
- ALMOHADILLA PREPARADORA CARETOUCH ALCOHOL 70%
- AGUJA PARA BOLÍGRAFO CARETOUCH 29G 12MM
- AGUJA PARA BOLÍGRAFO CARETOUCH 31GX1/4"
- AGUJA PARA BOLÍGRAFO CARETOUCH 31GX3/16"
- AGUJA PARA BOLÍGRAFO CARETOUCH 31GX5/16"
- CARETOUCH AGUJA PLUMA 32GX3/16"
- AGUJA CARETOUCH 32GX5/32" PARA BOLÍGRAFO
- JERINGA CARETOUCH 0,3 ML 31GX5/16
- CARETOUCH SYR 0,5 ML 30 G X 5/16
- JERINGA CARETOUCH 0,5 ML 31GX5/16
- CARETOUCH SYR 1 ML 28 GX5/16
- CARETOUCH SYR 1 ML 29 GX5/16
- CARETOUCH SYR 1 ML 30 GX5/16
- CARETOUCH SYR 1 ML 31 GX5/16
- CLICKFINE 31G X 5/16" AGUJAS 8MM, UNIVERSAL
- AGUJA CLICKFINE 32GX5/32" 32GX4MM, ESTÉRIL
- CLICKFINE UNIVERSAL 31G X 1/4" 6MM, MARCA DE LA TIENDA
- 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 31 G 15/64".
- COMFORT EZ INS 1 ML 31GX5/16"
- COMFORT EZ INSULINA SYR 0,3 ML
- COMFORT EZ INSULINA SYR 0,5 ML
- COMFORT EZ PEN AGUJA 12MM 29G
- COMFORT EZ PEN AGUJAS 4MM 32G UN SOLO USO, MICRO
- COMFORT EZ PEN AGUJAS 4MM 33G
- COMFORT EZ PEN AGUJAS 5MM 31G MINI
- COMFORT EZ PEN AGUJAS 5MM 32G UN SOLO USO,MINI,HRI
- COMFORT EZ PEN AGUJAS 5MM 33G
- COMFORT EZ PEN AGUJAS 6MM 31G
- COMFORT EZ PEN AGUJAS 6MM 32G
- COMFORT EZ PEN AGUJAS 6MM 33G
- COMFORT EZ PEN AGUJAS 8MM 31G CORTAS

- COMFORT EZ PEN AGUJAS 8MM 32G
- COMFORT EZ PEN AGUJAS 8MM 33G
- BOLÍGRAFO COMFORT EZ PRO NDL 30G 8MM
- BOLÍGRAFO COMFORT EZ PRO NDL 31G 4MM
- BOLÍGRAFO COMFORT EZ PRO NDL 31G 5MM
- JERINGA CONFORT EZ 0,3 ML 29GX1/2".
- JERINGA CONFORT EZ 0,5 ML 28GX1/2".
- JERINGA CONFORT EZ 0,5 ML 29GX1/2".
- JERINGA CONFORT EZ 0,5 ML 30GX1/2".
- CONFORT EZ SYR 1 ML 28GX1/2"
- CONFORT EZ SYR 1 ML 29GX1/2"
- COMFORT EZ SYR 1 ML 30GX1/2"
- COMFORT EZ SYR 1 ML 30 GX5/16
- BOLÍGRAFO PUNTA CONFORT NDL 31GX1/3".
- BOLÍGRAFO PUNTA CONFORT NDL 31GX1/6"
- BOLÍGRAFO COMFORT TOUCH NDL 31G 4MM
- BOLÍGRAFO COMFORT TOUCH NDL 31G 5MM
- BOLÍGRAFO COMFORT TOUCH NDL 31G 6MM
- BOLÍGRAFO COMFORT TOUCH NDL 31G 8MM
- BOLÍGRAFO COMFORT TOUCH NDL 32G 4MM
- BOLÍGRAFO COMFORT TOUCH NDL 32G 5MM
- BOLÍGRAFO COMFORT TOUCH NDL 32G 6MM
- BOLÍGRAFO COMFORT TOUCH NDL 32G 8MM
- BOLÍGRAFO COMFORT TOUCH NDL 33G 4MM
- BOLÍGRAFO COMFORT TOUCH NDL 33G 6MM
- BOLÍGRAFO COMFORT TOUCH NDL 33GX5MM
- GASAS CURAD 2" X 2
- CURITY ALCOHOL PREPS 2 PLY,MEDIUM
- ESPONJAS DE GASA CURITY (12 CAPAS)-200/BOLSA
- ALMOHADILLAS CURITY GUAZE 1'S(12 CAPAS)
- DERMACEA 2 "X2" GASA 12 PLIEGUES, USP TIPO VII
- DERMACEA GASA 2 "X2" ESPONJA 8 CAPAS
- DERMACEA NO TEJIDO 2 "X2" SPNGE
- GOTA 0,5 ML 29GX12,5MM(1/2)
- GOTA 0,5 ML 30GX12,5MM(1/2)
- GOTA INS 0,3 ML 29GX12,5MM
- GOTA INS 0,3 ML 30GX12,5MM
- GOTA INS 0,5 ML 30GX6MM(1/2)
- GOTA INS 0,5 ML 30GX8MM(1/2)
- GOTA INS 0,5 ML 31GX6MM(1/2)
- GOTA INS 0,5 ML 31GX8MM(1/2)
- GOTA INS SYR 0,3 ML 30GX6MM
- GOTA INS SYR 0,3 ML 30GX8MM
- GOTA INS SYR 0,3 ML 31GX6MM
- GOTA INS SYR 0,3 ML 31GX8MM
- GOTA INS SYR 1 ML 29GX12.5MM
- GOTA INS SYR 1 ML 30GX12.5MM
- GOTA INS SYR 1 ML 30GX6MM
- GOTA INS SYR 1 ML 30GX8MM
- GOTA INS SYR 1 ML 31GX6MM
- GOTA INS SYR 1 ML 31GX8MM
- GOTA MICRA 34G X 9/64".
- AGUJA PLUMA GOTA 29GX1/2"
- AGUJA PLUMA GOTA 29GX3/8"
- AGUJA PLUMA GOTA 30GX5/16"
- AGUJA PLUMA GOTA 31GX1/4"
- AGUJA PLUMA GOTA 31GX3/16"
- AGUJA PLUMA GOTA 31GX5/16"
- AGUJA PLUMA GOTA 32GX1/4"
- AGUJA PLUMA GOTA 32GX3/16"
- AGUJA PLUMA GOTA 32GX5/16"
- AGUJA PLUMA GOTA 32GX5/32".

Actualizado 10/2024

- DROPSAFE ALCOHOL 70% PREP PADS
- JERINGA DROPSAFE INS 0,3 ML 31G 6MM
- JERINGA DROPSAFE INS 0,3 ML 31G 8MM
- JERINGA DROPSAFE INS 0,5 ML 31G 6MM
- JERINGA DROPSAFE INS 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
- AGUJA PARA BOLÍGRAFO DROPSAFE 31GX1/4"
- AGUJA PARA BOLÍGRAFO DROPSAFE 31GX3/16"
- AGUJA PARA BOLÍGRAFO DROPSAFE 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"
- JERINGA EASY COMFORT 0,3 ML
- EASY COMFORT 0,5 ML 30GX1/2".
- EASY COMFORT 0.5 ML 31GX5/16"
- EASY COMFORT 0,5 ML 32GX5/16
- JERINGA EASY COMFORT 0,5 ML
- EASY COMFORT 1 ML 31GX5/16"
- EASY COMFORT 1 ML 32GX5/16
- EASY COMFORT ALCOHOL 70% PAD
- EASY COMFORT INSULINA 1 ML JERINGA
- BOLÍGRAFO EASY COMFORT NDL 31GX1/4"
- BOLÍGRAFO EASY

- COMFORT NDL 31GX3/16"
- BOLÍGRAFO EASY COMFORT NDL 31GX5/16"

- BOLÍGRAFO EASY COMFORT NDL 32GX5/32
- BOLÍGRAFO EASY COMFORT NDL 33G 4MM
- BOLÍGRAFO EASY COMFORT NDL 33G 5MM
- BOLÍGRAFO EASY COMFORT 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 AGUJA 4MM 33G
- EASY TOUCH 0,3 ML SYR 30GX1/2" (TOQUE FÁCIL)
- EASY TOUCH 0,5 ML SYR 27GX1/2" (TOQUE FÁCIL)
- EASY TOUCH 0,5 ML SYR 29GX1/2" (TOQUE FÁCIL)
- EASY TOUCH 0,5 ML SYR 30GX1/2" (TOQUE FÁCIL)
- EASY TOUCH 0,5 ML SYR 30GX5/16
- EASY TOUCH 1 ML SYR 27GX1/2" (TOQUE FÁCIL)
- EASY TOUCH 1 ML JERINGA 29GX1/2".
- EASY TOUCH 1 ML JERINGA 30GX1/2".
- EASY TOUCH ALCOHOL 70% ALMOHADILLAS ESTERILIZADAS POR RAYOS GAMMA
- EASY TOUCH FLIPLOK 1 ML 27GX0.5
- INSULINA EASY TOUCH 1 ML 29GX1/2
- INSULINA EASY TOUCH 1 ML 30GX1/2
- JERINGA INSULINA EASY TOUCH 0,3 ML
- JERINGA INSULINA EASY TOUCH 0,5 ML
- INSULINA EASY TOUCH SYR 1 ML
- JERINGA INSULINA EASY TOUCH 1 ML RETRÁCTIL
- 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 AGUJA 29GX1/2"
- EASY TOUCH PEN AGUJA 30GX5/16
- EASY TOUCH PEN AGUJA 31GX1/4"
- EASY TOUCH PEN AGUJA 31GX3/16
- EASY TOUCH PEN AGUJA 31GX5/16
- EASY TOUCH PEN AGUJA 32GX1/4"
- EASY TOUCH PEN AGUJA 32GX3/16
- EASY TOUCH PEN AGUJA 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
- BOLÍGRAFO EASYTOUCH SAF NDL 30G 6MM
- AGUJA PLUMA EMBRACE 29G 12MM
- AGUJA PLUMA EMBRACE 30G 5MM
- AGUJA PLUMA EMBRACE 30G 8MM
- AGUJA PLUMA EMBRACE 31G 5MM
- AGUJA PLUMA EMBRACE 31G 6MM
- AGUJA PLUMA EMBRACE 31G 8MM
- AGUJA PLUMA EMBRACE 32G 4MM
- EQL INSULINA 0,3 ML JERINGA AGUJA CORTA
- EQL INSULINA 0,5 ML JERINGA AGUJA CORTA
- EQL INSULINA 1 ML JERINGA AGUJA CORTA
- JERINGA INSULINA EXEL 27G-1 ML
- FIFTY50 INS 0,5 ML 31GX5/16" AGUJA CORTA (OTC)
- FIFTY50 INS SYR 1 ML 31GX5/16" AGUJA CORTA (OTC)
- BOLÍGRAFO FIFTY50 31G X 3/16" AGUJA (OTC)
- INSULINA FP JERINGA 1 ML
- FREESTYLE PREC 0,5 ML 30GX5/16
- FREESTYLE PREC 0,5 ML 31GX5/16
- FREESTYLE PREC 1 ML 30 GX5/16
- FREESTYLE PREC 1 ML 31GX5/16"
- VENDA TÓPICA DE GASA 2 X 2 "
- GNP ULT C 0,3 ML 29GX1/2" (1/2) 1/2 UNIDAD
- GNP ULTRA CONFORT 0,5 ML JERINGA
- JERINGA GNP ULTRA COMFORT 1 ML
- GNP ULTRA CONFORT 3/10 ML JERINGA
- 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 AGUJA PLUMA 31G 5MM
- HEALTHWISE AGUJA PLUMA 31G 8MM
- HEALTHWISE AGUJA PLUMA 32G 4MM
- HEALTHY ACCENTS PENTIP 4MM 32G
- HEALTHY ACCENTS PENTIP 5MM 31G
- HEALTHY ACCENTS PENTIP 6MM 31G
- HEALTHY ACCENTS PENTIP 8MM 31G

Actualizado 10/2024

- HEALTHY ACCENTS PENTP 12MM 29G
- HEB INCONTROL ALCOHOL 70% COMPRESAS
- INCONTROL AGUJA PLUMA 12MM 29G
- INCONTROL AGUJA PLUMA 4MM 32G
- AGUJA INCONTROL PEN 5MM 31G
- AGUJA INCONTROL PEN 6MM 31G
- AGUJA INCONTROL PEN 8MM 31G
- INSULINA SYR 0,3 ML 31GX1/4(1/2)
- INSULINA SYRIN 0,3 ML 30GX1/2" AGUJA CORTA
- INSULINA SYRIN 0,5 ML 28GX1/2" (OTC)
- INSULINA SYRIN 0,5 ML 29GX1/2" (OTC)
- INSULINA SYRIN 0,5 ML 30GX1/2" AGUJA CORTA (OTC)
- INSULINA SYRIN 0,5 ML 30GX5/16" AGUJA CORTA (OTC)
- JERINGA INSULINA 0,5 ML 27G 1/2" INTERIOR (OTC)
- JERINGA INSULINA 0,3 ML
- JERINGA INSULINA 0,3 ML 31GX1/4
- JERINGA INSULINA 0,5 ML
- JERINGA INSULINA 0,5 ML 31GX1/4
- JERINGA INSULINA 1 ML
- JERINGA INSULINA 1 ML 30GX1/2" (RX)
- JERINGA INSULINA 1 ML 30GX5/16" AGUJA CORTA (OTC)
- JERINGA INSULINA 1 ML 31GX1/4
- JERINGA-AGUJA INSULINA U-100 JERINGA 0,3 ML CALIBRE 29, 1 ML CALIBRE 29 X 1/2", 1/2 ML CALIBRE 28
- AGUJA INSUPEN 30G ULTRAFIN
- AGUJA INSUPEN 31G ULTRAFIN
- INSUPEN 32G 6MM AGUJA PLUMA
- INSUPEN 32G 8MM AGUJA PLUMA
- INSUPEN AGUJA PLUMA 29GX12MM
- INSUPEN AGUJA PLUMA 31GX3/16"
- AGUJA PLUMA INSUPEN 32GX4MM
- AGUJA PLUMA INSUPEN 33GX4MM
- IV TOALLITAS ANTISÉPTICAS
- KENDALL ALCOHOL 70% PREP PAD
- ESPONJAS LISCO 100/BOLSA
- LITE TOUCH 31GX1/4" AGUJA PLUMA
- LITE TOUCH INSULINA 0,5 ML JERINGA
- LITE TOUCH INSULINA 1 ML JERINGA
- LITE TOUCH INSULINA SYR 1 ML
- LITE TOUCH PEN AGUJA 29G
- LITE TOUCH PEN AGUJA 31G
- LITETOUCH INS 0,3 ML 29 GX1/2
- LITETOUCH INS 0,3 ML 30 G X 5/16
- LITETOUCH INS 0,3 ML 31 G X 5/16
- LITETOUCH INS 0,5 ML 31 GX5/16
- LITETOUCH JERINGA 0,5 ML 28GX1/2".
- LITETOUCH JERINGA 0,5 ML 29GX1/2".
- LITETOUCH SYR 0,5 ML 30 G X 5/16
- LITETOUCH SYRIN 1 ML 28 GX1/2
- LITETOUCH SYRIN 1 ML 29 GX1/2
- LITETOUCH SYRIN 1 ML 30GX5/16
- MAGELLAN INSUL JERINGA 0,3 ML
- MAGELLAN INSUL JERINGA 0,5 ML
- MAGELLAN INSULINA SYR 0,3 ML
- MAGELLAN INSULINA SYR 0,5 ML
- JERINGA INSULINA MAGELLAN 1 ML
- MAXI-COMFORT INS 0,5 ML 28G
- MAXI-COMFORT INS 1 ML 28GX1/2"
- BOLÍGRAFO MAXICOMFORT II 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 AGUJA 31GX6MM
- MICRODOT PEN AGUJA 32GX4MM
- MICRODOT PEN NEEDLE 33GX4MM
- MICRODOT READYGARD NDL 31G 5MM EXTERIOR
- MINI AGUJA PLUMA 32G 4MM
- MINI AGUJA PLUMA 32G 5MM
- MINI AGUJA PLUMA 32G 6MM
- MINI AGUJA PLUMA 32G 8MM
- MINI AGUJA PLUMA 33G 4MM
- MINI AGUJA PLUMA 33G 5MM

- MINI AGUJA PLUMA 33G 6MM
- BOLÍGRAFO MINI ULTRA-THIN II
NDL 31G ESTÉRIL
- 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
SE CONVIERTE EN 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
SIN AGUJA (OTC)
- MONOJECT INSULINA SYR 0,3 ML
- MONOJECT INSULINA SYR 0,3
ML (OTC)
- MONOJECT INSULINA SYR 0,5 ML
- MONOJECT INSULINA SYR 0,5
ML (OTC)
- MONOJECT INSULIN SYR 1 ML 3'S
(OTC)
- MONOJECT INSULINA SYR U-100
- JERINGA MONOJECT 0,3 ML
- JERINGA MONOJECT 0,5 ML
- MONOJECT JERINGA 1 ML
- NOVOFINE 30
- AGUJAS NOVOFINE 32G
- BOLÍGRAFO NOVOFINE
PLUS NDL 32GX1/6"
- AGUJA NOVOTWIST 32G 5MM
- PC UNIFINE PENTIPS 8MM AGUJA
CORTA
- AGUJA PLUMA 30G 5MM EXTERIOR
- AGUJA PLUMA 30G 8MM INTERIOR
- AGUJA PLUMA 30G X 5/16"
- AGUJA PLUMA, AGUJA DIABÉTICA
29 GAUGE X 1/2"
- AGUJAS PLUMA 12MM
29G 29GX12MM,STRL
- AGUJAS PARA BOLÍGRAFO 4MM
32G
- AGUJAS PLUMA 6MM 31G
31GX6MM, STRL
- AGUJAS PARA BOLÍGRAFO
8MM 31G
31GX8MM,STRL,CORTAS
(OTC)
- PENTIPS AGUJA PLUMA 29GX1/2"
- AGUJA PLUMA PENTIPS
31GX3/16" MINI, 5MM
- PENTIPS AGUJA PLUMA
31GX5/16" CORTA, 8MM
- PENTIPS AGUJA PLUMA 32G 6MM
- PENTIPS AGUJA PLUMA
32GX5/32" 4MM
- PENTIPS AGUJA PLUMA 6MM 31G
- AGUJA PLUMA PIP 31G X 5MM
- AGUJA PLUMA PIP 32G X 4MM
- AGUJA PARA BOLÍGRAFO PREVENT
31GX1/4"
- PREVENIR AGUJA PLUMA 31GX5/16"
- PRO COMFORT 0,5 ML 30GX1/2".
- PRO COMFORT 0,5 ML 30GX5/16".
- PRO CONFORT 0.5 ML 31GX5/16"
- PRO COMFORT 1 ML 30GX1/2"
- PRO COMFORT 1 ML 30GX5/16".
- PRO CONFORT 1 ML 31GX5/16"
- COMPRESAS PRO COMFORT
ALCOHOL 70%
- BOLÍGRAFO PRO
COMFORT NDL
31GX5/16"
- BOLÍGRAFO PRO COMFORT
NDL 32G X 1/4"
- BOLÍGRAFO PRO COMFORT NDL 4MM
32G
- BOLÍGRAFO PRO COMFORT NDL 5MM
32G
- PRODIGY INS SYR 1 ML 28GX1/2"
- JERINGA PRODIGY 0,5 ML 31GX5/16
- PRODIGY SYRNGE 0.3 ML
31GX5/16"
- PURE CMFT SFTY PEN NDL 31G
5MM
- PURE CMFT SFTY PEN NDL 31G
6MM
- PURE CMFT SFTY PEN NDL 32G
4MM
- COMPRESAS PURO CONFORT
ALCOHOL 70%
- BOLÍGRAFO PURE COMFORT
NDL 32G 4MM

- BOLÍGRAFO PURE

COMFORT NDL 32G 5MM

Actualizado 10/2024

- BOLÍGRAFO PURE COMFORT
NDL 32G 6MM
- BOLÍGRAFO PURE COMFORT
NDL 32G 8MM
- RAYA SURE PEN AGUJA 29G
12MM
- AGUJA PLUMA RAYA SURE 31G
4MM
- AGUJA PLUMA RAYA SURE 31G
5MM
- AGUJA PLUMA RAYA SURE 31G
6MM
- INSULINA RELI-ON 0,5 ML JERINGA
- RELI-ON INSULINA 1 ML JERINGA
- RELION INS SYR 0,3 ML 31GX6MM
- RELION INS SYR 0,5 ML 31GX6MM
- RELION INS SYR 1 ML 31GX15/64
- BOLÍGRAFO RELION MINI 31G X
1/4" NDL
- AGUJAS DE RECAMBIO
- AGUJAS PARA PLUMA RELION
- SAFESNAP INS SYR UNIDADES-
100 0,3 ML 30GX5/16",10X10
- SAFESNAP INS SYR UNIDADES-
100 0,5 ML 29GX1/2",10X10
- SAFESNAP INS SYR UNIDADES-
100 0,5 ML 30GX5/16",10X10
- SAFESNAP INS SYR UNIDADES-
100 1 ML 28GX1/2",10X10
- SAFESNAP INS SYR UNIDADES-
100 1 ML 29GX1/2",10X10
- AGUJA PLUMA DE SEGURIDAD
31G 4MM
- AGUJA PLUMA DE SEGURIDAD
5MM X 31G
- JERINGA DE SEGURIDAD 0,5 ML
30G 1/2".
- BOLÍGRAFO SECURESAFE NDL
30GX5/16" EXTERIOR
- SECURESAFE SYR 0,5 ML 29G 1/2"
EXTERIOR
- SECURESAFE SYRNG 1 ML 29G
1/2" EXTERIOR
- SKY AGUJA PLUMA DE
SEGURIDAD 30G 5MM
- SKY AGUJA PLUMA DE
SEGURIDAD 30G 8MM
- SM ULT CFT 0,3 ML 31GX5/16(1/2)
- ALMOHADILLAS ESTÉRILES 2" X 2
- SURE CMFT SFTY PEN NDL 31G
6MM
- SURE CMFT SFTY PEN NDL 32G
4MM

- JERINGA SURE COMFORT 0,5 ML
- JERINGA SURE COMFORT 1 ML
- JERINGA SURE COMFORT 3/10 ML
- JERINGA INSULINA SURE COMFORT 3/10 ML
- AGUJA PLUMA SURE COMFORT 30G
- ALMOHADILLAS PREPARADORAS CON ALCOHOL SURE COMFORT
- SURE COMFORT INS 0,3 ML 31GX1/4
- SURE COMFORT INS 0,5 ML 31GX1/4
- INS SEGURO CONFORT 1 ML 31GX1/4"
- BOLÍGRAFO SURE COMFORT NDL 29GX1/2" 12.7MM
- BOLÍGRAFO SURE COMFORT NDL 31G 5MM
- BOLÍGRAFO SURE COMFORT NDL 31G 8MM
- BOLÍGRAFO SURE COMFORT NDL 32G 4MM
- BOLÍGRAFO SURE COMFORT NDL 32G 6MM
- AGUJAS PARA BOLÍGRAFO SURE-FINE 12,7 MM
- AGUJAS PARA BOLÍGRAFO SURE-FINE 5MM
- AGUJAS PARA BOLÍGRAFO SURE-FINE 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 JERINGA INSULINA 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
- AGUJA PARA BOLÍGRAFO
TECHLITE 29GX1/2"
- AGUJA DE PLUMA TECHLITE
29GX3/8"
- AGUJA DE PLUMA TECHLITE
31GX1/4"
- AGUJA DE PLUMA TECHLITE
31GX3/16"
- AGUJA DE PLUMA TECHLITE
31GX5/16"
- AGUJA PLUMA TECHLITE 32GX1/4"
- AGUJA PLUMA TECHLITE
32GX5/16"
- AGUJA PLUMA TECHLITE
32GX5/32".
- BOLÍGRAFO TECHLITE PLUS NDL
32G 4MM
- TERUMO INS JERINGA U100-1 ML
- TERUMO INS JERINGA U100-1/2 ML
- TERUMO INS JERINGA 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"
- JERINGA TOPCARE ULTRA
COMFORT
- TRUE CMFRT PRO 0,5 ML 30 G
5/16"
- VERDADERO CMFRT PRO 0,5 ML
31G 5/16"
- VERDADERO 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
- VERDADERO CONFORT 0,5 ML 30G
1/2"
- VERDADERO CONFORT 0,5 ML 30
G 5/16"
- VERDADERO CONFORT 0,5 ML 31G
5/16"
- TRUE COMFORT 0,5 ML 31GX5/16".
- VERDADERO CONFORT 1 ML
31GX5/16"
- COMPRESAS ALCOHOL 70%
VERDADERO CONFORT
- BOLÍGRAFO TRUE COMFORT NDL
31G 8MM
- BOLÍGRAFO TRUE COMFORT
NDL 31GX5MM
- BOLÍGRAFO TRUE COMFORT
NDL 31GX6MM

- BOLÍGRAFO TRUE COMFORT NDL 32G 5MM
- BOLÍGRAFO TRUE COMFORT NDL 32G 6MM
- BOLÍGRAFO TRUE COMFORT NDL 32GX4MM
- BOLÍGRAFO TRUE COMFORT NDL 33G 4MM
- BOLÍGRAFO TRUE COMFORT NDL 33G 5MM
- BOLÍGRAFO TRUE COMFORT NDL 33G 6MM
- TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G 1/2"
- VERDADERO CONFORT PRO 1 ML 30 G 5/16"
- VERDADERO CONFORT PRO 1 ML 31G 5/16"
- VERDADERO CONFORT PRO 1 ML 32G 5/16"
- ALMOHADILLAS DE ALCOHOL TRUE COMFORT PRO
- VERDADERO CONFORT SFTY 1 ML 30G 1/2"
- TRUE COMFRT PRO 0.5 ML 30G 1/2"
- TRUE COMFRT SFTY 1 ML 30 G 5/16"
- TRUE COMFRT SFTY 1 ML 31G 5/16"
- TRUE COMFRT SFTY 1 ML 32G 5/16"
- TRUEPLUS AGUJA PLUMA 29G 12MM
- TRUEPLUS AGUJA PLUMA 31G 5MM
- TRUEPLUS AGUJA PLUMA 31G 8MM
- TRUEPLUS AGUJA PLUMA 31G X 1/4"
- TRUEPLUS AGUJA PLUMA 32GX5/32".
- TRUEPLUS JERINGA 0,3 ML 29GX1/2".
- TRUEPLUS SYR 0,3 ML 30 G X 5/16
- TRUEPLUS SYR 0,3 ML 31 GX5/16
- TRUEPLUS JERINGA 0,5 ML 28GX1/2".
- TRUEPLUS JERINGA 0,5 ML 29GX1/2".
- TRUEPLUS SYR 0,5 ML 30 G X 5/16
- TRUEPLUS SYR 0,5 ML 31GX5/16
- TRUEPLUS SYR 1 ML 28 GX1/2
- TRUEPLUS SYR 1 ML 29 GX1/2
- TRUEPLUS SYR 1 ML 30 GX5/16

Actualizado 10/2024

- TRUEPLUS SYR 1 ML 31 GX5/16
- ULTICAR INS 0,3 ML 31GX1/4(1/2)
- ULTICARE INS 1 ML 31 GX1/4
- 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 AGUJA PLUMA 31GX3/16"
- ULTICARE AGUJA PLUMA 6MM 31G
- ULTICARE AGUJA PLUMA 8MM 31G
- ULTICARE PEN AGUJAS 12MM 29G
- ULTICARE PEN AGUJAS 4MM 32G MICRO, 32GX4MM
- ULTICARE PEN AGUJAS 6MM 32G
- ULTICARE SAFE PEN NDL 30G 8MM
- ULTICARE SAFE PEN NDL 5MM 30G
- JERINGA ULTICARE 0,3 ML 29 G 12,7 MM
- ULTICARE JERINGA 0,3 ML 30GX1/2".
- JERINGA ULTICARE 0,3 ML 31GX5/16" CORTA NDL
- ULTICARE JERINGA 0,5 ML 30GX1/2".
- JERINGA ULTICARE 0,5 ML 31GX5/16" CORTA 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 SAFE PK 0,3 ML 31G 8MM
- ULTIGUARD SAFE PK 0,5 ML 31G 8MM
- HISOPO ESTERILIZADO CON ALCOHOL
- JERINGA DE INSULINA ULTILET 0,3 ML
- JERINGA DE INSULINA ULTILET 0,5 ML
- JERINGA INSULINA ULTILET 1 ML
- ULTILET PEN NEEDLE
- AGUJA PLUMA ULTILET 4MM 32G
- JERINGA ULTRA COMFORT 0,3 ML
- ULTRA COMFORT 0,5 ML 28GX1/2" SE CONVIERTE EN 29G
- ULTRA COMFORT 0,5 ML 29GX1/2".
- JERINGA ULTRA COMFORT 0,5 ML
- ULTRA COMODIDAD 1 ML 31GX5/16"
- JERINGA ULTRA COMFORT 1 ML
- 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)
- AGUJA PLUMA ULTRA FLO 31G 5MM
- AGUJA PLUMA ULTRA FLO 31G 8MM
- AGUJA PLUMA ULTRA FLO 32G 4MM
- AGUJA PLUMA ULTRA FLO 33G 4MM
- ULTRA FLO PEN AGUJAS 12MM 29G
- ULTRA FLO SYR 0,3 ML 29GX1/2" (JERINGA ULTRA FLO)
- JERINGA ULTRA FLO 0,3 ML 30 G 5/16
- JERINGA ULTRA FLO 0,3 ML 31G 5/16
- ULTRA FLO SYR 0,5 ML 29G 1/2" (JERINGA ULTRA FLO)
- BOLÍGRAFO ULTRAFINO NDL 32G X 4MM
- ULTRA-THIN II 1 ML 31GX5/16" (ULTRAFINO 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
- BOLÍGRAFO ULTRAFINO II NDL 29GX1/2"
- BOLÍGRAFO ULTRAFINO II NDL 31GX5/16
- ULTRACARE INS 0,3 ML 30 G X 5/16
- ULTRACARE INS 0.3 ML 31GX5/16"
- ULTRACARE INS 0,5 ML 30 GX1/2
- ULTRACARE INS 0,5 ML 30 G X 5/16
- 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"
- AGUJA ULTRACARE 31GX1/4" PARA BOLÍGRAFO
- ULTRACARE AGUJA PLUMA 31GX3/16"
- ULTRACARE AGUJA PLUMA 31GX5/16"
- ULTRACARE AGUJA PLUMA 32GX1/4"
- ULTRACARE AGUJA PLUMA 32GX3/16"
- ULTRACARE AGUJA PLUMA 32GX5/32".
- AGUJA ULTRACARE 33GX5/32" PARA BOLÍGRAFO
- AGUJA PLUMA UNIFINE 32G 4MM
- PENTIPS UNIFINE 12MM 29G 29GX12MM, STRL
- PUNTAS UNIFINAS 31GX3/16" 31GX5MM,STRL,MINI
- PUNTAS UNIFINAS 32GX1/4
- PENTIPS UNIFINE 32GX5/32" 32GX4MM, STRL, NANO
- UNIFINE PENTIPS 33GX5/32".
- PUNTAS UNIFINAS 6MM 31G
- PENTIPS MAX 30GX3/16" UNIFINE
- AGUJAS UNIFINE PENTIPS 29G
- PUNTAS UNIFINE PLUS 29GX1/2" 12MM
- PUNTAS UNIFINE PLUS 30GX3/16
- PUNTAS UNIFINE PLUS 31GX1/4" ULTRA CORTAS, 6MM
- UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX3/16" MINI
- UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX5/16" CORTO
- 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
- BOLÍGRAFO UNIFINE ULTRA NDL 31G 5MM
- BOLÍGRAFO UNIFINE ULTRA NDL 31G 6MM
- BOLÍGRAFO UNIFINE ULTRA NDL 31G 8MM
- BOLÍGRAFO UNIFINE ULTRA NDL 32G 4MM
- VANISHPOINT 0,5 ML 30GX1/2" SY EXTERIOR
- VANISHPOINT INS 1 ML 30GX3/16"
- VANISHPOINT U-100 29X1/2 SYR
- VERIFINE INS SYR 1 ML 29 G 1/2
- VERIFINE AGUJA PLUMA 29G 12MM
- VERIFINE AGUJA PLUMA 31G 5MM
- AGUJA PLUMA VERIFINE 31G X 6MM
- AGUJA PLUMA VERIFINE 31G X 8MM
- VERIFINE AGUJA PLUMA 32G 6MM
- AGUJA PLUMA VERIFINE 32G X 4MM
- AGUJA PLUMA VERIFINE 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-CONTENEDOR DE OBJETOS PUNZANTES
- VERIFINE JERINGA 0,5 ML 29G 1/2".
- VERIFINE JERINGA 1 ML 31G 5/16"
- VERIFINE JERINGA 0,3 ML 31 G 5/16"
- VERIFINE JERINGA 0,5 ML 31 G 5/16"
- VERSALON ESPONJA MULTIUSOS 25'S,N-ESTÉRIL,3PLY
- WEBCOL ALCOHOL PREPS 20'S,LARGE

Criterios AP	Detalles de los criterios
--------------	---------------------------

Criterios de exclusión	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
-------------------------------	--

Actualizado 10/2024

Criterios AP	Criterios
Información médica obligatoria	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Restricciones de edad	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Restricciones para los prescriptores	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Duración de la cobertura	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Otros criterios	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Indicaciones	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Otros usos	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Parte B Requisitos previos	No

INTERFERÓN PARA MS-AVONEX

Productos afectados

- AVONEX INTRAMUSCULAR PEN
KIT INYECTOR
- KIT JERINGA
INTRAMUSCULAR AVONEX
- AVONEX PEN 30 MCG/0,5 ML

Criterios AP	Criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

INTERFERÓN PARA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE- BETASERON

Productos afectados

- BETASERON SUBCUTÁNEO KIT

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

INTERFERÓN PARA LA MS-PLEGRIDÍA

Productos afectados

- PLEGRIDY INYECTOR
SUBCUTÁNEO EN PLUMA 125
MCG/0,5 ML, 63 MCG/0,5 ML- 94
MCG/0,5 ML
- PLEGRIDY JERINGA
SUBCUTÁNEA 125 MCG/0,5
ML, 63 MCG/0,5 ML- 94
MCG/0,5 ML

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

INTERFERÓN GAMMA-1B

Productos afectados

- ACTIMMUNE

Criterios AP	Criterios
Criterios de exclusión	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Información médica obligatoria	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Restricciones de edad	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Restricciones para los prescriptores	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Duración de la cobertura	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Otros criterios	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Indicaciones	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Otros usos	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Parte B Requisitos previos	No

IPILIMUMAB

Productos afectados

- YERVOY

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	INICIAL: UNRESECT/MET MEL: 4MO, RCC/CRC/HCC: 3MO, TODOS LOS DEMÁS: 12MO. INICIAL/RENOVACIÓN: CUTAN MEL: 6MO
Otros criterios	RENOVACIÓN: MELANOMA CUTÁNEO ADYUVANTE: SIN EVIDENCIA DE RECIDIVA DE LA ENFERMEDAD (DEFINIDA COMO LA APARICIÓN DE UNA O MÁS LESIONES NUEVAS DE MELANOMA METÁSTASIS LOCAL, REGIONAL O A DISTANCIA). ESTE MEDICAMENTO TAMBIÉN REQUIERE DETERMINACIÓN DE PAGO Y PUEDE ESTAR CUBIERTO POR MEDICARE PARTE B O D.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

SOLUCIÓN DE ITRACONAZOL

Productos afectados

- *itraconazol solución oral*

Criterios AP	Criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	6 MESES
Otros criterios	CANDIDIASIS ESOFÁGICA Y CANDIDIASIS OROFARÍNGEA: ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN DEL FLUCONAZOL.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

IVACAFTOR

Productos afectados

- KALYDECO

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	FIBROSIS QUÍSTICA (CF): INICIAL: MUTACIÓN CONFIRMADA EN EL GEN CFTR ACEPTABLE PARA EL TRATAMIENTO DE LA FIBROSIS QUÍSTICA
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	CF: INICIAL: PRESCRITO POR UN NEUMÓLOGO O UN EXPERTO EN FIBROSIS QUÍSTICA, O EN CONSULTA CON ELLOS.
Duración de la cobertura	INICIAL: 12 MESES. RENOVACIÓN: DE POR VIDA
Otros criterios	CF: INICIAL: NO HOMOCIGOTO PARA LA MUTACIÓN F508DEL EN EL GEN CFTR. RENOVACIÓN: 1) MANTENIMIENTO, MEJORA O DISMINUCIÓN MENOR DE LO ESPERADO DE LA FEV1 O DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC), O 2) REDUCCIÓN DEL NÚMERO DE EXACERBACIONES PULMONARES.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

IVOSIDENIB

Productos afectados

- TIBSOVO

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

IXAZOMIB

Productos afectados

- NINLARO

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

LANADELUMAB-FLYO

Productos afectados

- TAKHZYRO SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA
- TAKHZYRO JERINGA SUBCUTÁNEA 150 MG/ML, 300 MG/2 ML (150 MG/ML)

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	ANGIOEDEMA HEREDITARIO (HAE): INICIAL: DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR PRUEBAS DEL COMPLEMENTO.
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	HAE: INICIAL: PRESCRITO POR UN ALERGÓLOGO, INMUNÓLOGO O HEMATÓLOGO O EN CONSULTA CON ELLOS.
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros criterios	HAE: INICIAL: NO EN TRATAMIENTO CONCURRENTemente CON AGENTE PROFILÁCTICO ALTERNATIVO PARA LOS ATAQUES DE HAE. RENOVACIÓN: 1) MEJORÍA DE LAS CRISIS DE HAYA EN COMPARACIÓN CON EL VALOR BASAL (ES DECIR, REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA O LA GRAVEDAD DE LAS CRISIS), Y 2) AUSENCIA DE TRATAMIENTO SIMULTÁNEO CON UN AGENTE PROFILÁCTICO ALTERNATIVO PARA LAS CRISIS DE HAYA.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

LANREOTIDE

Productos afectados

- *lanreotide jeringa subcutánea 120 mg/0,5 ml*
- SOMATULINA DEPOT JERINGA SUBCUTÁNEA 60 MG/0,2 ML, 90 MG/0,3 ML

Crterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	ACROMEGALIA: INICIAL: EL TRATAMIENTO ES PRESCRITO POR UN ENDOCRINÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL.
Duración de la cobertura	ACROMEGALIA: INICIAL: 3 MESES, RENOVACIÓN: 12 MESES, SÍNDROME CARCINOIDE: 12 MESES.
Otros criterios	ACROMEGALIA: INICIAL: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UNA INYECCIÓN GENÉRICA DE OCTREOTIDA. RENOVACIÓN: 1) REDUCCIÓN, NORMALIZACIÓN O MANTENIMIENTO DE LOS NIVELES DE IGF-1 EN FUNCIÓN DE LA EDAD Y EL SEXO, Y 2) MEJORÍA O REMISIÓN SOSTENIDA DE LOS SÍNTOMAS CLÍNICOS.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

LAPATINIB

Productos afectados

- *lapatinib*

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

LAROTRECTINIB

Productos afectados

- VITRAKVI CÁPSULA ORAL 100 MG, 25 MG
- VITRAKVI SOLUCIÓN ORAL

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	VITRAKVI SOLUCIÓN ORAL: 1) PRUEBA DE VITRAKVI CÁPSULAS, O 2) IMPOSIBILIDAD DE TOMAR LA FORMULACIÓN EN CÁPSULAS.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

LAZERTINIB

Productos afectados

- LAZCLUZE COMPRIMIDO ORAL
240 MG, 80 MG

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR

Productos afectados

- HARVONI ORAL PELLETS EN SOBRE 33,75-150 MG, 45-200 MG
- HARVONI COMPRIMIDO ORAL

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	NIVEL DE ARN DEL VHC EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES.
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	LOS CRITERIOS SE APLICARÁN DE ACUERDO CON LAS ORIENTACIONES ACTUALES DE LA AASLD/IDSA.
Otros criterios	1) LOS CRITERIOS SE APLICARÁN DE ACUERDO CON LAS ORIENTACIONES ACTUALES DE LA AASLD/IDSA, Y 2) NO TOMAR SIMULTÁNEAMENTE NINGUNA DE LAS SIGUIENTES SUSTANCIAS: CARBAMAZEPINA, FENITOÍNA, FENOBARBITAL, OXCARBAZEPINA, RIFAMPICINA, RIFABUTINA, RIFAPENTINA, ROSUVASTATINA, TIPRANAVIR/RITONAVIR, SOFOSBUVIR (COMO AGENTE ÚNICO), EPCLUSA, ZEPATIER, MAVYRET O VOSEVI. SOLICITUD DE COMPRIMIDOS DE HARVONI 45MG-200MG: EL PACIENTE NO PUEDE TRAGAR LOS COMPRIMIDOS.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

LENALIDOMIDA

Productos afectados

- *lenalidomida*

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

LENVATINIB

Productos afectados

- LENVIMA

Criterios AP	Criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

LETERMOVIR

Productos afectados

- PREVYMIS ORAL

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	HSCT: SIN RIESGO DE CMV TARDÍA: 4 MESES, CON RIESGO DE CMV TARDÍA: 7 MESES. TRASPLANTE RENAL: 7 MESES
Otros criterios	<p>TRASPLANTE DE CÉLULAS MADRE HEMATOPOYÉTICAS (TCMH): 1) LA TERAPIA SE INICIARÁ ENTRE EL DÍA 0 Y EL DÍA 28 POSTRASPLANTE, Y 2) NO RECIBIRÁ LA MEDICACIÓN MÁS ALLÁ DE LOS 100 DÍAS POSTRASPLANTE SI NO PRESENTA RIESGO DE INFECCIÓN Y ENFERMEDAD TARDÍA POR CITOMEGALOVIRUS (CMV), O MÁS ALLÁ DE LOS 200 DÍAS POSTRASPLANTE SI PRESENTA RIESGO DE INFECCIÓN Y ENFERMEDAD TARDÍA POR CMV.</p> <p>TRASPLANTE RENAL: 1) LA TERAPIA SE INICIARÁ ENTRE EL DÍA 0 Y EL DÍA 7 POSTRASPLANTE, Y 2) NO RECIBIRÁ LA MEDICACIÓN MÁS ALLÁ DE LOS 200 DÍAS POSTRASPLANTE.</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

LEUPROLIDO

Productos afectados

- *kit leuprolide subcutáneo*

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	CÁNCER DE PRÓSTATA: 12 MESES.
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

LEUPROLIDE DEPOT

Productos afectados

- *leuprolida (3 meses)*

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la 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 aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

LEUPROLIDE-ELIGARD

Productos afectados

- ELIGARD
- ELIGARD (3 MESES)
- ELIGARD (4 MESES)
- ELIGARD (6 MESES)

Criterios AP	Criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES.
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

LEUPROLIDE-LUPRON DEPOT

Productos afectados

- DEPÓSITO DE LUPRON
- LUPRON DEPOT (3 MESES)
- LUPRON DEPOT (4 MESES)
- LUPRON DEPOT (6 MESES)

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	INICIAL: ENDOMETRIOSIS: EL DIAGNÓSTICO SE CONFIRMA MEDIANTE VISUALIZACIÓN QUIRÚRGICA O DIRECTA (POR EJEMPLO, ECOGRAFÍA PÉLVICA) O CONFIRMACIÓN HISTOPATOLÓGICA (POR EJEMPLO, LAPAROSCOPIA O LAPAROTOMÍA) EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS.
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	INICIAL: ENDOMETRIOSIS: PRESCRITA POR UN GINECÓLOGO/OBSTETRA O EN CONSULTA CON ÉL.
Duración de la cobertura	CA DE PRÓSTATA: 12 MESES MIOMAS UTERINOS: 3 MESES ENDOMETRIOSIS: INICIAL/RENOVACIÓN: 6 MESES
Otros criterios	INICIAL: ENDOMETRIOSIS: 1) NO USO CONCOMITANTE CON OTRO AGENTE MODULADOR DE LA GNRH, 2) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UN PREPARADO QUE CONTenga NSAID Y PROGESTINA, Y 3) NO HA RECIBIDO UN TOTAL DE 12 MESES DE TRATAMIENTO DE POR VIDA. RENOVACIÓN: ENDOMETRIOSIS: 1) MEJORÍA DEL DOLOR RELACIONADO CON LA ENDOMETRIOSIS DURANTE EL TRATAMIENTO, 2) RECIBIR TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO CONCOMITANTE (ES DECIR, PREPARADO ANTICONCEPTIVO COMBINADO DE ESTRÓGENO-PROGESTINA O SÓLO PROGESTINA), 3) NO UTILIZAR SIMULTÁNEAMENTE OTRO AGENTE MODULADOR DE LA GNRH, Y 4) NO HABER RECIBIDO UN TOTAL DE 12 MESES DE TRATAMIENTO DE POR VIDA. ESTE MEDICAMENTO TAMBIÉN REQUIERE DETERMINACIÓN DE PAGO Y PUEDE ESTAR CUBIERTO POR MEDICARE PARTE B O D.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Otros usos	
Criterios de AP	Detalles de los criterios
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

LEUPROLIDE-LUPRON DEPOT-PED

Productos afectados

- LUPRON DEPOT-PED - LUPRON DEPOT-PED (3 MESES)

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	PUBERTAD PRECOZ CENTRAL (PPP): INICIAL: MUJERES: NIVELES ELEVADOS DE HORMONA FOLICULOESTIMULANTE (FSH) SUPERIORES A 4,0 MIU/ML Y NIVEL DE HORMONA LUTEINIZANTE (LH) SUPERIOR A 0,2 A 0,3 MIU/ML EN EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO. VARONES: NIVELES ELEVADOS DE FSH SUPERIORES A 5,0 MIU/ML Y NIVEL DE LH SUPERIOR A 0,2 A 0,3 MIU/ML EN EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO.
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	CPP: INICIAL: PRESCRITO POR UN ENDOCRINÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL.
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	CPP: INICIAL: MUJERES: 1) MENORES DE 8 AÑOS EN EL MOMENTO DE LA APARICIÓN DEL CPP, Y 2) EN EL ESTADIO DE BRONCEADO 2 O SUPERIOR PARA EL DESARROLLO MAMARIO Y EL CRECIMIENTO DEL VELLO PÚBICO. VARONES: 1) MENORES DE 9 AÑOS AL INICIO DE LA PPP, Y 2) EN EL ESTADIO DE BRONCEADO 2 O SUPERIOR PARA EL DESARROLLO GENITAL Y EL CRECIMIENTO DEL VELLO PÚBICO. RENOVACIÓN: 1) EL ESTADIO TANNER EN EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO INICIAL SE HA ESTABILIZADO O HA RETROCEDIDO DURANTE TRES VISITAS MÉDICAS DISTINTAS EN EL AÑO ANTERIOR, Y 2) NO HA ALCANZADO LA EDAD REAL QUE CORRESPONDE A LA EDAD PUBERAL ACTUAL. ESTE MEDICAMENTO TAMBIÉN REQUIERE DETERMINACIÓN DE PAGO Y PUEDE ESTAR CUBIERTO POR MEDICARE PARTE B O D.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	

Parte B Requisitos previos	No
---	----

LEVODOPA

Productos afectados

- INBRIJA CÁPSULA DE INHALACIÓN, CON DISPOSITIVO DE INHALACIÓN

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Información médica obligatoria	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Restricciones de edad	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Restricciones para los prescriptores	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Duración de la cobertura	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Otros criterios	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Indicaciones	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Otros usos	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

L-GLUTAMINA

Productos afectados

- *glutamina (drepanocitosis)*

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	ENFERMEDAD DE CÉLULAS FALCIFORMES (ECF): INICIAL: PRESCRITO POR UN HEMATÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL
Duración de la cobertura	INICIAL: 12 MESES. RENOVACIÓN: DE POR VIDA.
Otros criterios	SCD: INICIAL: MAYORES DE 18 AÑOS: 1) AL MENOS 2 CRISIS DREPANOCÍTICAS EN EL ÚLTIMO AÑO, 2) SÍNTOMAS ASOCIADOS A LA DREPANOCITOSIS QUE INTERFIEREN CON LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA, O 3) ANTECEDENTES O SÍNDROME TORÁCICO AGUDO RECURRENTE. DE 5 A 17 AÑOS: APROBADO SIN CRITERIOS ADICIONALES. RENOVACIÓN: MANTUVO O EXPERIMENTÓ UNA REDUCCIÓN DE LAS COMPLICACIONES AGUDAS DE LA DREPANOCITOSIS.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

POMADA DE LIDOCAÍNA

Productos afectados

- *pomada tópica de lidocaína*

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	ESTE MEDICAMENTO TAMBIÉN REQUIERE DETERMINACIÓN DE PAGO. ESTE MEDICAMENTO PUEDE ESTAR INCLUIDO Y CUBIERTO POR LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON LA DIÁLISIS DE LA ENFERMEDAD RENAL EN FASE TERMINAL O CUBIERTO POR MEDICARE D DEPENDIENDO DE LAS CIRCUNSTANCIAS.
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

PARCHE DE LIDOCAÍNA

Productos afectados

- *dermacinrx lidocan 5% parche exterior*
- *lidocaína parche adhesivo tópico, medicamento 5*
- *lidocan iii*
- ZTLIDO

Criterios AP	Criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	1) DOLOR ASOCIADO A NEURALGIA POSTHERPÉTICA, 2) NEUROPATÍA DEBIDA A DIABETES MELLITUS, 3) DOLOR DE ESPALDA CRÓNICO, O 4) ARTROSIS DE RODILLA O CADERA.
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	ESTE MEDICAMENTO TAMBIÉN REQUIERE LA DETERMINACIÓN DEL PAGO.
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

LIDOCAÍNA PRILOCAÍNA

Productos afectados

- *crema tópica de lidocaína-prilocaina*

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	ESTE MEDICAMENTO PUEDE ESTAR INCLUIDO Y CUBIERTO POR LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON LA DIÁLISIS DE LA ENFERMEDAD RENAL EN FASE TERMINAL O CUBIERTO POR MEDICARE D, SEGÚN LAS CIRCUNSTANCIAS. PUEDE QUE SEA NECESARIO PRESENTAR INFORMACIÓN QUE DESCRIBA EL USO Y EL ENTORNO DEL MEDICAMENTO PARA TOMAR LA DECISIÓN. ESTE MEDICAMENTO TAMBIÉN REQUIERE LA DETERMINACIÓN DEL PAGO.
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

SOLUCIÓN DE LIDOCAÍNA

Productos afectados

- *lidocaína hcl solución para mucosas 4 % (40 mg/ml)*

Criterios AP	Criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	ESTE MEDICAMENTO TAMBIÉN REQUIERE LA DETERMINACIÓN DEL PAGO.
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

LOMITAPIDA

Productos afectados

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

Criterios de la AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR HOMOCIGÓTICA (HOFH): 1) DIAGNÓSTICO DETERMINADO POR: (A) CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEFINITIVOS DE SIMON BROOME, (B) PUNTUACIÓN DE LOS CRITERIOS DE LA RED LIPÍDICA HOLANDESA DE AL MENOS 8, O (C) DIAGNÓSTICO CLÍNICO BASADO EN ANTECEDENTES DE UNA CONCENTRACIÓN DE LDL-C NO TRATADA SUPERIOR A 500 MG/DL JUNTO CON XANTOMA ANTES DE LOS 10 AÑOS DE EDAD O EVIDENCIA DE HEFH EN AMBOS PROGENITORES, Y 2) NIVEL DE LDL-C DE AL MENOS 70 MG/DL MIENTRAS SE SIGUE EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO MÁXIMO TOLERADO.
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	HOFH: PRESCRITO POR UN CARDIÓLOGO, ENDOCRINÓLOGO O LIPIDÓLOGO O EN CONSULTA CON ELLOS.
Duración de la cobertura	12 MESES

Otros criterios	HOFH: 1) ENSAYO DE REPATHA, A MENOS QUE EL PACIENTE TENGA RECEPTORES LDL NO FUNCIONALES, Y 2) UNO DE LOS SIGUIENTES: (A) TOMAR UNA ESTATINA DE ALTA INTENSIDAD (ES DECIR, ATORVASTATINA 40-80 MG AL DÍA, ROSUVASTATINA 20-40 MG AL DÍA) DURANTE AL MENOS 8 SEMANAS, (B) TOMAR UNA DOSIS MÁXIMA TOLERADA DE CUALQUIER ESTATINA DURANTE AL MENOS 8 SEMANAS, DADO QUE EL PACIENTE NO PUEDE TOLERAR UNA ESTATINA DE ALTA INTENSIDAD, (C) CONTRAINDICACIÓN ABSOLUTA AL TRATAMIENTO CON ESTATINAS (POR EJEMPLO, ENFERMEDAD HEPÁTICA DESCOMPENSADA ACTIVA, MUJER LACTANTE, EMBARAZO O PLANES DE QUEDARSE EMBARAZADA, REACCIONES DE HIPERSENSIBILIDAD), (D) INTOLERANCIA A LAS ESTATINAS, O (E) PRUEBA DE ROSUVASTATINA, ATORVASTATINA O TRATAMIENTO CON ESTATINAS A CUALQUIER DOSIS Y HA EXPERIMENTADO SÍNTOMAS RELACIONADOS CON EL MÚSCULO-ESQUELÉTICO (POR EJEMPLO, MIOPATÍA).
------------------------	---

Actualizado 10/2024

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

LONCASTUXIMAB TESIRINA-LPILO

Productos afectados

- ZYNLONTA

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

LORLATINIB

Productos afectados

- LORBRENA COMPRIMIDO ORAL
100 MG, 25 MG

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

LOTILANER

Productos afectados

- XDEMVY

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	BLEFARITIS POR DEMODEX: 18 AÑOS O MÁS
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	6 SEMANAS
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

LUMACAF TOR-IVACAF TOR

Productos afectados

- ORKAMBI ORAL GRANULADO EN SOBRE
- ORKAMBI COMPRIMIDO ORAL

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	INICIAL: FIBROSIS QUÍSTICA (CF): MUTACIÓN CONFIRMADA EN EL GEN CFTR ACEPTABLE PARA EL TRATAMIENTO DE LA CF.
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	CF: INICIAL: PRESCRITO POR O EN CONSULTA CON UN NEUMÓLOGO O EXPERTO EN CF.
Duración de la cobertura	INICIAL: 6 MESES, RENOVACIÓN: DE POR VIDA.
Otros criterios	CF: RENOVACIÓN: 1) MANTENIMIENTO, MEJORA O DISMINUCIÓN INFERIOR A LA ESPERADA DE LA FEV1 O DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC), O 2) REDUCCIÓN DEL NÚMERO DE EXACERBACIONES PULMONARES.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

MACITENTAN

Productos afectados

- OPSUMIT

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR (HAP): INICIAL: DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR CATETERISMO CARDÍACO DERECHO CON LOS SIGUIENTES PARÁMETROS: 1) PRESIÓN ARTERIAL PULMONAR MEDIA (PAP) SUPERIOR A 20 MMHG, 2) PRESIÓN CAPILAR PULMONAR EN CUÑA (PCWP) IGUAL O INFERIOR A 15 MMHG, Y 3) RESISTENCIA VASCULAR PULMONAR (PVR) SUPERIOR A 2 UNIDADES WOOD.
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	PAH: INICIAL: PRESCRITO POR O EN CONSULTA CON UN CARDIÓLOGO O NEUMÓLOGO.
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

MARGETUXIMAB-CMKB

Productos afectados

- MARGENZA

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

MARIBAVIR

Productos afectados

- LIVTENCITY

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

MECASERMIN

Productos afectados

- INCRELEX

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Información médica obligatoria	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Restricciones de edad	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Restricciones para los prescriptores	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Duración de la cobertura	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Otros criterios	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Indicaciones	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Otros usos	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Parte B Requisitos previos	No

MECLORETAMINA

Productos afectados

- VALCHLOR

Criterios AP	Criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

MEPOLIZUMAB

Productos afectados

- AUTOINYECTOR SUBCUTÁNEO NUCALA
- NUCALA SUBCUTÁNEA RECON SOLN
- NUCALA JERINGA SUBCUTÁNEA 100 MG/ML, 40 MG/0,4 ML

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	INICIAL: ASMA: NIVEL DE EOSINÓFILOS EN SANGRE DE AL MENOS 150 CÉLULAS/MCL EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES.
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	INICIAL: ASMA: PRESCRITO POR O EN CONSULTA CON UN MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA PULMONAR O ALERGOLOGÍA. CRSWNP: PRESCRITO POR O EN CONSULTA CON UN OTORRINOLARINGÓLOGO, ALERGÓLOGO O INMUNÓLOGO.
Duración de la cobertura	INICIAL: ASMA: 4 MO. CRSWNP: 6 MO. OTROS: 12 MESES RENOVACIÓN: CRSWNP, ASMA: 12 MO.
Otros criterios	INICIAL: ASMA: 1) TERAPIA CONCURRENTES CON UNA DOSIS MEDIA, ALTA O MÁXIMA TOLERADA DE UN CORTICOSTEROIDE INHALADO (ICS) Y AL MENOS OTRA MEDICACIÓN DE MANTENIMIENTO, 2) UNO DE LOS SIGUIENTES: (A) AL MENOS UNA EXACERBACIÓN DE ASMA QUE REQUIERA UNA RÁFAGA DE CORTICOSTEROIDES SISTÉMICOS DE 3 O MÁS DÍAS DE DURACIÓN EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES O AL MENOS UNA EXACERBACIÓN GRAVE QUE REQUIERA HOSPITALIZACIÓN O VISITA A URGENCIAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, O (B) MAL CONTROL DE LOS SÍNTOMAS A PESAR DEL TRATAMIENTO ACTUAL, EVIDENCIADO POR AL MENOS TRES DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS: SÍNTOMAS DE ASMA DIURNOS MÁS DE DOS VECES/SEMANA, CUALQUIER DESPERTAR NOCTURNO DEBIDO AL ASMA, SABA ALIVIADOR DE LOS SÍNTOMAS MÁS DE DOS VECES/SEMANA, CUALQUIER LIMITACIÓN DE LA ACTIVIDAD DEBIDO AL ASMA, Y 3) NINGÚN USO

	<p>CONCURRENTE CON XOLAIR, DUPIXENT, TEZSPIRE, U OTROS BIOLÓGICOS ANTI-IL5 CUANDO SE USAN PARA EL ASMA. CRSWNP: 1) UN ENSAYO DE 56 DÍAS DE UN</p>
--	---

Criterios de AP	Detalles de los criterios
------------------------	----------------------------------

	<p>CORTICOSTEROIDE NASAL TÓPICO, Y 2) NO USO CONCURRENTE CON OTRO BIOLÓGICO SISTÉMICO O PEQUEÑAS MOLÉCULAS DIRIGIDAS (POR EJEMPLO, INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE. RENOVACIÓN: ASMA: 1) NO USO CONCURRENTE CON XOLAIR, DUPIXENT, TEZSPIRE, U OTROS BIOLÓGICOS ANTI-IL5 CUANDO SE USAN PARA EL ASMA, 2) USO CONTINUADO DE ICS Y AL MENOS OTRA MEDICACIÓN DE MANTENIMIENTO, Y 3) RESPUESTA CLÍNICA EVIDENCIADA POR: (A) REDUCCIÓN DE LAS EXACERBACIONES DE ASMA DESDE EL INICIO, (B) MENOR UTILIZACIÓN DE MEDICACIÓN DE RESCATE, (C) REDUCCIÓN DE LA GRAVEDAD O FRECUENCIA DE LOS SÍNTOMAS RELACIONADOS CON EL ASMA, O (D) AUMENTO DEL PORCENTAJE DE FEV1 PREDICHO DESDE EL INICIO ANTES DEL TRATAMIENTO. CRSWNP: 1) BENEFICIO CLÍNICO COMPARADO CON EL VALOR BASAL, Y 2) NO USO CONCURRENTE CON OTRO BIOLÓGICO SISTÉMICO O PEQUEÑAS MOLÉCULAS DIRIGIDAS (POR EJEMPLO, INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p>
--	--

Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
---------------------	--

Otros usos	
-------------------	--

Parte B Requisitos previos	No
-----------------------------------	----

Actualizado 10/2024

METILNALTREXONA INYECTABLE

Productos afectados

- RELISTOR SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA
- JERINGA SUBCUTÁNEA RELISTOR 12 MG/0,6 ML, 8 MG/0,4 ML

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	ENFERMEDAD AVANZADA: 6 MESES. DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO: 12 MESES.
Otros criterios	DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO: 1) HA ESTADO TOMANDO OPIOIDES DURANTE AL MENOS 4 SEMANAS, Y 2) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE LOS AGENTES PREFERIDOS: NALOXEGOL (MOVANTIK) Y LUBIPROSTONA (AMITIZA)
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

METILNALTREXONA ORAL

Productos afectados

- RELISTOR ORAL

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	ESTREÑIMIENTO INDUCIDO POR OPIÁCEOS CON DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO: 1) HA ESTADO TOMANDO OPIÁCEOS DURANTE AL MENOS 4 SEMANAS, Y 2) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE LOS AGENTES PREFERIDOS: NALOXEGOL (MOVANTIK) Y LUBIPROSTONA (AMITIZA)
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

MIDOSTAURINA

Productos afectados

- RYDAPT

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA: 6 MESES. MASTOCITOSIS SISTÉMICA AVANZADA: 12 MESES.
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

MIFEPRISTONA

Productos afectados

- *mifepristona comprimido oral 300 mg*

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	SÍNDROME DE CUSHINGS (CS): INICIAL: DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR: 1) CORTISOL LIBRE EN ORINA DE 24 H (2 O MÁS PRUEBAS PARA CONFIRMARLO), 2) PRUEBA NOCTURNA DE 1 MG DE DEXAMETASONA, O 3) CORTISOL SALIVAL NOCTURNO (2 O MÁS PRUEBAS PARA CONFIRMARLO).
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	CS: INICIAL: PRESCRITO POR UN ENDOCRINÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL.
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros criterios	CS: INICIAL: EL HIPERCORTISOLISMO NO ES CONSECUENCIA DE GLUCOCORTICOIDES CRÓNICOS. RENOVACIÓN: 1) SIGUE PRESENTANDO MEJORÍA DE LA TOLERANCIA A LA GLUCOSA O TOLERANCIA ESTABLE A LA GLUCOSA (P. EJ., REDUCCIÓN DE A1C, MEJORÍA DE LA GLUCOSA EN AYUNAS, ETC.), 2) SIGUE PRESENTANDO TOLERABILIDAD A LA TERAPIA Y 3) SIGUE SIN SER CANDIDATO A TRATAMIENTO QUIRÚRGICO O HA FRACASADO LA CIRUGÍA.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

MIGALASTAT

Productos afectados

- GALAFOLD

Criterios AP	Criterios
Criterios de exclusión	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Información médica obligatoria	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Restricciones de edad	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Restricciones para los prescriptores	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Duración de la cobertura	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Otros criterios	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Indicaciones	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Otros usos	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Parte B Requisitos previos	No

MIGLUSTAT-ZAVESCA

Productos afectados

- *miglustat* - *yargesa*

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

MILTEFOSINA

Productos afectados

- IMPAVIDO

Criterios AP	Criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

MOBOCERTINIB

Productos afectados

- EXKIVITY

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

MOMELOTINIB

Productos afectados

- OJJAARA

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

MOSUNETUZUMAB-AXGB

Productos afectados

- LUNSUMIO

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	LINFOMA FOLICULAR EN RECAÍDA O REFRACTARIO: INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 7 MESES.
Otros criterios	LINFOMA FOLICULAR EN RECAÍDA 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 MEDICARE PARTE B O D.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

NAFARELINA

Productos afectados

- SYNAREL

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	INICIAL: ENDOMETRIOSIS: EL DIAGNÓSTICO SE CONFIRMA MEDIANTE VISUALIZACIÓN QUIRÚRGICA O DIRECTA (POR EJEMPLO, ECOGRAFÍA PÉLVICA) O CONFIRMACIÓN HISTOPATOLÓGICA (POR EJEMPLO, LAPAROSCOPIA O LAPAROTOMÍA) EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS. PUBERTAD PRECOZ CENTRAL (PPP): MUJERES: NIVELES ELEVADOS DE HORMONA FOLÍCULO ESTIMULANTE (FSH) SUPERIORES A 4,0 MIU/ML Y NIVEL DE HORMONA LUTEINIZANTE (LH) SUPERIOR A 0,2 A 0,3 MIU/ML EN EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO. VARONES: NIVELES ELEVADOS DE FSH SUPERIORES A 5,0 MIU/ML Y NIVEL DE LH SUPERIOR A 0,2 A 0,3 MIU/ML EN EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO.
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	INICIAL: ENDOMETRIOSIS: PRESCRITO POR O EN CONSULTA CON UN GINECÓLOGO/OBSTETRA. CPP: PRESCRITO POR UN ENDOCRINÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL.
Duración de la cobertura	ENDOMETRIOSIS: 6 MESES. CPP: INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.

Otros criterios	<p>INICIAL: ENDOMETRIOSIS: 1) NO USO CONCOMITANTE CON OTRO AGENTE MODULADOR DE LA GNRH, 2) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UN PREPARADO QUE CONTENGA NSAID Y PROGESTINA, Y 3) NO HA RECIBIDO UN TOTAL DE 6 MESES DE TRATAMIENTO A LO LARGO DE LA VIDA. CPP: MUJERES: 1) MENORES DE 8 AÑOS EN EL MOMENTO DE APARICIÓN DEL CPP, Y 2) EN EL ESTADIO DE BRONCEADO 2 O SUPERIOR EN CUANTO A DESARROLLO MAMARIO Y CRECIMIENTO DEL VELLO PÚBICO. VARONES: 1) MENORES DE 9 AÑOS EN EL MOMENTO DE APARICIÓN DEL PPP, Y 2) EN EL ESTADIO DE BRONCEADO 2 O SUPERIOR PARA EL DESARROLLO GENITAL Y EL CRECIMIENTO DEL VELLO PÚBICO. RENOVACIÓN: CPP: 1) EL ESTADIO DE TANNER EN EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO INICIAL SE HA ESTABILIZADO O HA RETROCEDIDO DURANTE TRES VISITAS MÉDICAS DISTINTAS</p>
Criterios AP	Detalles de los criterios
	EN EL AÑO ANTERIOR, Y 2) NO HA ALCANZADO LA EDAD REAL QUE CORRESPONDE A LA EDAD PUBERAL ACTUAL.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

AGENTES DE LA NARCOLEPSIA

Productos afectados

- *armodafinil* mg
- *modafinilo comprimido oral 100 mg, 200*

Criterios AP	Criterios
Criterios de exclusión	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Información médica obligatoria	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Restricciones de edad	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Restricciones para los prescriptores	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Duración de la cobertura	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Otros criterios	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Indicaciones	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Otros usos	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Parte B Requisitos previos	No

NAXITAMAB-GQGK

Productos afectados

- DANYELZA

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

NEDOSIRAN

Productos afectados

- RIVFLOZA

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

NERATINIB

Productos afectados

- NERLYNX

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	CÁNCER DE MAMA EN ESTADIO INICIAL (ESTADIO I-III): SE SOLICITA LA MEDICACIÓN EN LOS 2 AÑOS SIGUIENTES A LA FINALIZACIÓN DE LA ÚLTIMA DOSIS DE TRASTUZUMAB. TODAS LAS DEMÁS INDICACIONES APROBADAS POR LA FDA ESTÁN CUBIERTAS SIN CRITERIOS ADICIONALES, EXCEPTO LOS CRITERIOS DE LA ETIQUETA APROBADA POR LA FDA.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

NILOTINIB

Productos afectados

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

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	LEUCEMIA MÍELOIDE CRÓNICA CON CROMOSOMA DE FILADELFIA POSITIVO (LMC Ph+) TRATADA PREVIAMENTE: EL ANÁLISIS MUTACIONAL PREVIO AL INICIO Y TASIGNA ES APROPIADO SEGÚN LA TABLA DE DIRECTRICES DE LA NCCN PARA RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO BASADAS EN EL PERFIL DE MUTACIÓN BCR-ABL1.
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

NINTEDANIB

Productos afectados

- OFEV

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	<p>INICIAL: FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA (IPF): 1) 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 (FVC) BASAL DE AL MENOS EL 50% DEL VALOR PREDICHO. ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL ASOCIADA A ESCLEROSIS SISTÉMICA (SSC-ILD): 1) AL MENOS 10% DE FIBROSIS EN UN HRCT DE TÓRAX, Y 2) FVC BASAL AL MENOS 40% DEL VALOR PREDICHO. ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL FIBROSANTE CRÓNICA CON FENOTIPO PROGRESIVO (PF-ILD): 1) AL MENOS UN 10% DE FIBROSIS EN UN HEMOGRAMA TORÁCICO, Y 2) FVC BASAL DE AL MENOS UN 45% DEL VALOR PREVISTO.</p>
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	<p>INICIAL: IPF: PRESCRITO POR O EN CONSULTA CON UN NEUMÓLOGO. SSC-ILD, PF-ILD: PRESCRITO POR O EN CONSULTA CON UN NEUMÓLOGO O REUMATÓLOGO.</p>
Duración de la cobertura	<p>INICIAL: SSC-ILD: 6 MESES IPF, PF-ILD: 12 MESES. RENOVACIÓN (TODAS LAS INDICACIONES): 12 MESES</p>

Otros criterios	INICIAL: IPF: 1) NO TIENE OTRAS CAUSAS CONOCIDAS DE ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL (POR EJEMPLO, ENFERMEDAD DEL TEJIDO CONECTIVO, TOXICIDAD POR FÁRMACOS, EXPOSICIÓN A AMIANTO O BERILIO, NEUMONITIS POR HIPERSENSIBILIDAD), Y 2) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN PARA EL AGENTE PREFERIDO: ESBRIET (PIRFENIDONA). SSC-ILD: 1) NO TIENE OTRAS CAUSAS CONOCIDAS DE ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL (POR EJEMPLO, INSUFICIENCIA CARDIACA/SOBRECARGA DE LÍQUIDOS, TOXICIDAD PULMONAR INDUCIDA POR FÁRMACOS, ASPIRACIÓN RECURRENTE), Y 2) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN PARA EL AGENTE PREFERIDO: ACTEMRA SUBQ. PF-ILD: FUNCIÓN PULMONAR Y
------------------------	---

Actualizado 10/2024

Criterios de AP	Detalles de los criterios
	LOS SÍNTOMAS RESPIRATORIOS O LAS IMÁGENES TORÁCICAS HAN EMPEORADO/PROGRESADO A PESAR DEL TRATAMIENTO CON MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA ILD (NO ATRIBUIBLE A COMORBILIDADES COMO INFECCIÓN, INSUFICIENCIA CARDIACA). RENOVACIÓN: IPF, SSC-ILD, PF-ILD: MEJORA CLÍNICA SIGNIFICATIVA O MANTENIMIENTO DE LA TASA ANUAL DE DETERIORO.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

NIRAPARIB

Productos afectados

- ZÉJULA CÁPSULA ORAL - ZEJULA COMPRIMIDO ORAL

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	CÁNCER EPITELIAL DE OVARIO, DE TROMPA DE FALOPIO O PRIMARIO DE PERITONEO RECIDIVANTE: 1) ZÉJULA SE UTILIZARÁ COMO MONOTERAPIA, Y 2) ZÉJULA SE INICIARÁ A MÁS TARDAR 8 SEMANAS DESPUÉS DEL RÉGIMEN MÁS RECIENTE QUE CONTENGA PLATINO.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

NIRAPARIB-ABIRATERONA

Productos afectados

- AKEEGA

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	CÁNCER DE PRÓSTATA RESISTENTE A LA CASTRACIÓN METASTÁSICO (CCRPM): 1) RECIBIDO UNA ORQUIECTOMÍA BILATERAL, 2) NIVEL DE TESTOSTERONA CASTRADO (ES DECIR, INFERIOR A 50 NG/DL), O 3) USO CONCOMITANTE CON UN ANÁLOGO DE LA HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINA (GNRH).
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

NIROGACESTAT

Productos afectados

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

Criterios de AP	Criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

NITISINONA

Productos afectados

• *nitisinone*

- ORFADIN SUSPENSIÓN ORAL

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	TIROSINEMIA HEREDITARIA TIPO 1 (HT-1): INICIAL: DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR NIVELES ELEVADOS DE SUCCINILACETONA EN ORINA O PLASMA O UNA MUTACIÓN EN EL GEN DE LA FUMARILACETOACETATO HIDROLASA. RENOVACIÓN: LOS NIVELES URINARIOS O PLASMÁTICOS DE SUCCINILACETONA HAN DISMINUIDO CON RESPECTO AL VALOR BASAL DURANTE EL TRATAMIENTO CON NITISINONA.
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	HT-1: INICIAL: PRESCRITO POR O EN CONSULTA CON UN PRESCRIPTOR ESPECIALIZADO EN ENFERMEDADES METABÓLICAS HEREDITARIAS.
Duración de la cobertura	INICIAL: 6 MESES, RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	HT-1: INICIAL: ORFADIN SUSPENSIÓN: ENSAYO DE O CONTRAINDICACIÓN A NITISINONA COMPRIMIDOS O CÁPSULAS PREFERIDOS.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

NIVOLUMAB

Productos afectados

- OPDIVO

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	MELANOMA IRRESECABLE O METASTÁSICO: NO USO CONCOMITANTE CON TERAPIA DIRIGIDA (ES DECIR, INHIBIDORES DE BRAF, INHIBIDORES DE MEK E INHIBIDORES DE NTRK).
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

NIVOLUMAB-RELATLIMAB-RMBW

Productos afectados

- OPDUALAG

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

NOGAPENDEKIN ALFA

Productos afectados

- ANKTIVA

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	40 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

ÁCIDO OBETICHÓLICO

Productos afectados

- OCALIVA

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	COLANGITIS BILIAR PRIMARIA (CBP): INICIAL/RENOVACIÓN: OBSTRUCCIÓN BILIAR COMPLETA.
Información médica obligatoria	CBP: INICIAL: DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR DOS DE LOS SIGUIENTES: 1) FOSFATASA ALCALINA ELEVADA, 2) PRESENCIA DE ANTICUERPOS ANTIMITOCONDRIALES (AMA) O AUTOANTICUERPOS ESPECÍFICOS DE LA CBP, INCLUIDOS SP100 O GP210 SI AMA ES NEGATIVO, O 3) EVIDENCIA HISTOLÓGICA DE COLANGITIS DESTRUCTIVA NO SUPURATIVA Y DESTRUCCIÓN DE LOS CONDUCTOS BILIARES INTERLOBULARES (MEDIANTE BIOPSIA HEPÁTICA).
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	CBP: INICIAL: PRESCRITO POR UN GASTROENTERÓLOGO O HEPATÓLOGO O EN CONSULTA CON ELLOS.
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros criterios	CBP: INICIAL: 1) SE UTILIZA EN COMBINACIÓN CON URSODIOL SI LA RESPUESTA ES INADECUADA TRAS EL TRATAMIENTO CON URSODIOL EN MONOTERAPIA DURANTE AL MENOS 1 AÑO, O 2) SE UTILIZA COMO MONOTERAPIA SI NO SE TOLERA EL URSODIOL. RENOVACIÓN: SIGUE BENEFICIÁNDOSE DE LA MEDICACIÓN.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

OCRELIZUMAB

Productos afectados

- OCREVUS

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	FORMA RECIDIVANTE DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE (MS): ENSAYO DE DOS AGENTES INDICADOS PARA EL TRATAMIENTO DE LAS FORMAS RECIDIVANTES DE LA MS. ESTE MEDICAMENTO TAMBIÉN REQUIERE DETERMINACIÓN DE PAGO Y PUEDE ESTAR CUBIERTO POR MEDICARE PARTE B O D.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

OFATUMUMAB-SQ

Productos afectados

- PEN KESIMPTA

Criterios AP	Criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

OLANZAPINA/SAMIDORFANO

Productos afectados

- LYBALVI

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	ESQUIZOFRENIA, BIPOLAR I: PRESCRITO POR UN PSIQUIATRA O EN CONSULTA CON ÉL
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	ESQUIZOFRENIA: 1) ALTO RIESGO DE AUMENTO DE PESO, Y 2) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UNA VERSIÓN DEL FORMULARIO DE LURASIDONA O UNO DE LOS SIGUIENTES ANTIPSICÓTICOS ORALES: RISPERIDONA, CLOZAPINA EN COMPRIMIDOS, OLANZAPINA, FUMARATO DE QUETIAPINA DE LIBERACIÓN INMEDIATA, ZIPRASIDONA, ARIPIPRAZOL. BIPOLAR I: 1) CON ALTO RIESGO DE AUMENTO DE PESO, Y 2) ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN DE UNO DE LOS SIGUIENTES ANTIPSICÓTICOS ORALES: RISPERIDONA, OLANZAPINA, FUMARATO DE QUETIAPINA DE LIBERACIÓN INMEDIATA, ZIPRASIDONA, ARIPIPRAZOL.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

OLAPARIB

Productos afectados

- LYNPARZA

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	<p>CÁNCER EPITELIAL DE OVARIO, DE TROMPA DE FALOPIO O PRIMARIO DE PERITONEO RECIDIVANTE: LA MEDICACIÓN SE UTILIZARÁ COMO MONOTERAPIA. CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO RESISTENTE A LA CASTRACIÓN: 1) HABER RECIBIDO UNA ORQUIECTOMÍA BILATERAL, 2) NIVEL DE TESTOSTERONA CASTRADO (ES DECIR, INFERIOR A 50 NG/DL), O 3) USO CONCOMITANTE CON UN ANÁLOGO DE LA HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINA (GNRH). TODAS LAS DEMÁS INDICACIONES APROBADAS POR LA FDA ESTÁN CUBIERTAS SIN CRITERIOS ADICIONALES, EXCEPTO LOS CRITERIOS DE LA ETIQUETA APROBADA POR LA FDA.</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

OLUTASIDENIB

Productos afectados

- REZLIDHIA

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

OMACETAXINA

Productos afectados

- SYNRIBO

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

OMALIZUMAB

Productos afectados

- XOLAIR

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	<p>INICIAL: ASMA: PUNCIÓN CUTÁNEA POSITIVA O ANÁLISIS DE SANGRE (POR EJEMPLO, ELISA, FEIA) A UN AEROALÉRGENO PERENNE Y UN NIVEL SÉRICO DE IGE DE REFERENCIA DE AL MENOS 30 IU/ML. ALERGIA ALIMENTARIA: 1) NIVEL SÉRICO DE IGE DE AL MENOS 30 IU/ML, Y</p> <p>2) NIVEL SÉRICO DE IGE ALERGENO ESPECÍFICO DE AL MENOS 6 KUA/L PARA AL MENOS UN ALIMENTO, O PRUEBA DE PUNCIÓN CUTÁNEA POSITIVA PARA AL MENOS UN ALIMENTO, O PROVOCACIÓN ALIMENTARIA CON CONTROL MÉDICO POSITIVA PARA AL MENOS UN ALIMENTO.</p>
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	<p>INICIAL/RENOVACIÓN: URTICARIA CRÓNICA ESPONTÁNEA (CSU): PRESCRITA POR UN ALERGÓLOGO, DERMATÓLOGO O INMUNÓLOGO O EN CONSULTA CON ELLOS. INICIAL: RINOSINUSITIS CRÓNICA CON PÓLIPOS NASALES (CRSWNP): PRESCRITA POR O EN CONSULTA CON UN OTORRINOLARINGÓLOGO, ALERGÓLOGO O INMUNÓLOGO. ASMA: PRESCRITO POR O EN CONSULTA CON UN MÉDICO ESPECIALISTA EN ALERGIA O MEDICINA PULMONAR. ALERGIA ALIMENTARIA: PRESCRITO POR UN ALERGÓLOGO O INMUNÓLOGO, O EN CONSULTA CON ELLOS.</p>
Duración de la cobertura	<p>INICIAL: ASMA: 4 MO. CSU, CRSWNP: 6 MESES ALERGIA ALIMENTARIA: 12 MESES RENOVACIÓN: VER OTROS CRITERIOS</p>

Otros criterios	INICIAL: CSU: 1) PRUEBA Y MANTENIMIENTO O CONTRAINDICACIÓN DE UN ANTIHISTAMÍNICO H1 DE SEGUNDA GENERACIÓN Y 2) SIGUE EXPERIMENTANDO URTICARIA O ANGIOEDEMA LA MAYORÍA DE LOS DÍAS DE LA SEMANA DURANTE AL MENOS 6 SEMANAS. CRSWNP: 1) PRUEBA DE 56 DÍAS DE UN CORTICOSTEROIDE NASAL TÓPICO, 2) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UN AGENTE PREFERIDO: NUCALA, DUPIXENT, Y 3) NO USO CONCURRENTES CON OTRO BIOLÓGICO SISTÉMICO O PEQUEÑAS MOLÉCULAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UN TRATAMIENTO DE LA URTICARIA.
------------------------	---

Actualizado 10/2024

Criterios AP	Detalles de los criterios
	<p>INDICACIÓN AUTOINMUNE. ASMA: 1) TERAPIA CONCURRENTES CON UNA DOSIS MEDIA, ALTA O MÁXIMA TOLERADA DE UN CORTICOSTEROIDE INHALADO (ICS) Y AL MENOS OTRA MEDICACIÓN DE MANTENIMIENTO, 2) UNO DE LOS SIGUIENTES: (A) AL MENOS UNA EXACERBACIÓN DE ASMA QUE REQUIERA UNA RÁFAGA DE CORTICOSTEROIDES SISTÉMICOS DE 3 O MÁS DÍAS DE DURACIÓN EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES O AL MENOS UNA EXACERBACIÓN GRAVE QUE REQUIERA HOSPITALIZACIÓN O VISITA A URGENCIAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, O (B) MAL CONTROL DE LOS SÍNTOMAS A PESAR DEL TRATAMIENTO ACTUAL, EVIDENCIADO POR AL MENOS TRES DE LOS SIGUIENTES SÍNTOMAS EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS: SÍNTOMAS DE ASMA DIURNA MÁS DE DOS VECES/SEMANA, CUALQUIER DESPERTAR NOCTURNO DEBIDO AL ASMA, SABA ALIVIADOR DE LOS SÍNTOMAS MÁS DE DOS VECES/SEMANA, CUALQUIER LIMITACIÓN DE LA ACTIVIDAD DEBIDO AL ASMA, Y 3) NO USO CONCURRENTES CON DUPIXENT, TEZSPIRE, O BIOLÓGICOS ANTI-IL5 CUANDO SE USAN PARA EL ASMA. ALERGIA ALIMENTARIA: 1) USO CONCOMITANTE CON UNA PRESCRIPCIÓN ACTIVA DE AUTOINYECTOR/INYECCIÓN DE EPINEFRINA, Y 2) NO USO CONCOMITANTE CON INMUNOTERAPIA ESPECÍFICA PARA CACAHUETES. RENOVACIÓN: CSU: 12 MESES DE APROBACIÓN: MANTENIMIENTO O CONTRAINDICACIÓN A UN ANTIHISTAMÍNICO H1 DE SEGUNDA GENERACIÓN. CRSWNP: 12 MESES DE APROBACIÓN: 1) BENEFICIO CLÍNICO COMPARADO CON EL VALOR BASAL, Y 2) NO USO CONCURRENTES CON OTRO BIOLÓGICO SISTÉMICO O PEQUEÑAS MOLÉCULAS DIRIGIDAS (POR EJEMPLO, INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE. ASMA: 12 MESES DE APROBACIÓN: 1) NO USO CONCURRENTES CON DUPIXENT, TEZSPIRE, O BIOLÓGICOS ANTI-IL5 CUANDO SE USAN PARA EL ASMA, 2) USO CONTINUADO DE ICS Y AL MENOS OTRA MEDICACIÓN DE MANTENIMIENTO, Y 3) RESPUESTA CLÍNICA EVIDENCIADA POR UNO DE LOS SIGUIENTES: (A) REDUCCIÓN DE LAS EXACERBACIONES DEL ASMA CON RESPECTO AL INICIO, (B) DISMINUCIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE MEDICACIÓN DE RESCATE, (C) REDUCCIÓN DE LA GRAVEDAD O FRECUENCIA DE LOS SÍNTOMAS RELACIONADOS CON EL ASMA, O (D) AUMENTO DEL PORCENTAJE DE FEV1 PREDICHO CON RESPECTO AL VALOR BASAL PREVIO AL</p>

TRATAMIENTO. ALERGIA ALIMENTARIA: APROBACIÓN A LOS 24 MESES: 1) ALERGIA ALIMENTARIA PERSISTENTE MEDIADA POR IGE, 2) USO CONCURRENTES CON UNA PRESCRIPCIÓN ACTIVA DE AUTOINYECTOR/INYECCIÓN DE EPINEFRINA, Y 3) NO USO CONCURRENTES CON INMUNOTERAPIA ESPECÍFICA PARA CACAHUETES.

Crterios AP	Crterios
--------------------	-----------------

Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

OPICAPONE

Productos afectados

- ONGENTOS

Criterios AP	Criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	ENFERMEDAD DE PARKINSON: 18 AÑOS O MÁS
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

OSIMERTINIB

Productos afectados

- TAGRISSO

Criterios AP	Criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS (CPCNM) CON DELECIONES DEL EXÓN 19 DEL EGFR O MUTACIONES DEL EXÓN 21 L858R, O MUTACIÓN DEL EGFR T790M: SIN TRATAMIENTO CONCOMITANTE CON UN INHIBIDOR DE LA TIROSINA QUINASA EGFR.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

OXANDROLONA

Productos afectados

- *oxandrolona*

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	6 MESES
Otros criterios	CATABOLISMO PROTEICO, DOLOR ÓSEO: 1) VIGILADO PARA DETECTAR PELIOSIS HEPÁTICA, TUMORES HEPATOCELULARES Y ALTERACIONES DE LOS LÍPIDOS SANGUÍNEOS, 2) NO SE CONOCE NI SOSPECHA DE CARCINOMA DE PRÓSTATA O DE MAMA EN PACIENTES VARONES, CARCINOMA DE MAMA EN MUJERES CON HIPERCALCEMIA, NEFROSIS (LA FASE NEFRÓTICA DE LA NEFRITIS) O HIPERCALCEMIA, Y 3) NO PRESENTA DISFUNCIÓN HEPÁTICA GRAVE.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

PACRITINIB

Productos afectados

- VONJO

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros criterios	MIELOFIBROSIS: RENOVACIÓN: SIGUE BENEFICIÁNDOSE DE LA MEDICACIÓN
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

PALBOCICLIB

Productos afectados

- IBRANCE

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	CÁNCER DE MAMA AVANZADO O METASTÁSICO: PRUEBA DE O CONTRAINDICACIÓN A UNO DE LOS AGENTES PREFERIDOS, CUANDO LAS INDICACIONES COINCIDAN: KISQALI, VERZENIO.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

HORMONA PARATIROIDEA

Productos afectados

- NATPARA

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	HIPOCALCEMIA SECUNDARIA A HIPOPARATIROIDISMO: PRESCRITA POR UN ENDOCRINÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉSTE.
Duración de la 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 DEL CALCIO (CSR), Y 3) EL HIPOPARATIROIDISMO NO SE CONSIDERA HIPOPARATIROIDISMO AGUDO POSQUIRÚRGICO.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

DIASPARTATO DE PASIREOTIDA

Productos afectados

- SIGNIFOR

Criterios AP	Criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	ENFERMEDAD DE CUSHINGS (CD): INICIAL: PRESCRITA POR UN ENDOCRINÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL.
Duración de la cobertura	INICIAL: 6 MESES, RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	CD: RENOVACIÓN: 1) MEJORA CONTINUADA DE LA ENFERMEDAD DE CUSHINGS, Y 2) TOLERABILIDAD MANTENIDA A SIGNIFOR.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

PAZOPANIB

Productos afectados

- *pazopanib*

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	SARCOMA DE TEJIDOS BLANDOS (TB) AVANZADO: NO SE UTILIZA PARA STS ADIPOCÍTICOS NI PARA TUMORES DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL (GIST)
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

PEGFILGRASTIM - APGF

Productos afectados

- NYVEPRIA

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	PRESCRITOS POR UN HEMATÓLOGO U ONCÓLOGO O EN CONSULTA CON ELLOS.
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

PEGFILGRASTIM-FPGK

Productos afectados

- STIMUFEND

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	PRESCRITOS POR UN HEMATÓLOGO U ONCÓLOGO O EN CONSULTA CON ELLOS.
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DEL AGENTE PREFERIDO NYVEPRIA, CUANDO LAS INDICACIONES COINCIDAN.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

PEGFILGRASTIM-NEULASTA ONPRO

Productos afectados

- NEULASTA ONPRO

Criterios AP	Criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	PRESCRITOS POR UN HEMATÓLOGO U ONCÓLOGO O EN CONSULTA CON ELLOS.
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

PEGFILGRASTIM-PBBK

Productos afectados

- FYLNETRA

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	PRESCRITOS POR UN HEMATÓLOGO U ONCÓLOGO O EN CONSULTA CON ELLOS.
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DEL AGENTE PREFERIDO NYVEPRIA, CUANDO LAS INDICACIONES COINCIDAN.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

PEGINTERFERÓN ALFA-2A

Productos afectados

- PEGASYS

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Información médica obligatoria	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Restricciones de edad	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Restricciones para los prescriptores	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Duración de la cobertura	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Otros criterios	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Indicaciones	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Otros usos	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Parte B Requisitos previos	No

PEGVALIASE-PQPZ

Productos afectados

- PALYNZIQ

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	FENILCETONURIA (PKU): INICIAL: SIN USO CONCURRENTES CON KUVAN. RENOVACIÓN: 1) SIGUE BENEFICIÁNDOSE DE LA MEDICACIÓN, Y 2) NINGÚN USO CONCURRENTES CON KUVAN.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

PEGVISOMANT

Productos afectados

- SOMAVERT

Criterios de la AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

PEMBROLIZUMAB

Productos afectados

- KEYTRUDA

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	MELANOMA IRRESECABLE O METASTÁSICO: NO USO CONCOMITANTE CON TERAPIA DIRIGIDA (ES DECIR, INHIBIDORES DE BRAF, INHIBIDORES DE MEK E INHIBIDORES DE NTRK).
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

PEMIGATINIB

Productos afectados

- PEMAZYRE

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	COLANGIOCARCINOMA, NEOPLASIAS MIELOIDES/LINFOIDES: SE REALIZARÁ UN EXAMEN OFTALMOLÓGICO COMPLETO, INCLUIDA UNA TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA (OCT), ANTES DEL INICIO DEL TRATAMIENTO Y A LOS INTERVALOS PROGRAMADOS RECOMENDADOS.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

COMPRIMIDO DE PENICILAMINA

Productos afectados

- *penicilamina comprimidos orales*

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	INICIAL: CISTINURIA: TIENE NEFROLITIASIS Y UNO DE LOS SIGUIENTES: 1) ANÁLISIS DE CÁLCULOS QUE MUESTRA LA PRESENCIA DE CISTINA, 2) PRESENCIA DE CRISTALES HEXAGONALES DE CISTINA PATOGNOMÓNICOS EN EL ANÁLISIS DE ORINA, O 3) ANTECEDENTES FAMILIARES DE CISTINURIA Y CRIBADO POSITIVO DE CIANURO-NITROPRUSIATO.
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	INICIAL: ENFERMEDAD DE WILSONS: PRESCRITA POR UN HEPATÓLOGO O GASTROENTERÓLOGO O EN CONSULTA CON ELLOS. CISTINURIA: PRESCRITO POR UN NEFRÓLOGO O EN CONSULTA CON EL MISMO. ARTRITIS REUMATOIDE (RA): PRESCRITA POR UN REUMATÓLOGO O EN CONSULTA CON EL MISMO.
Duración de la cobertura	INICIAL: 12 MESES, RENOVACIÓN: DE POR VIDA.
Otros criterios	INICIAL: ENFERMEDAD DE WILSONS: 1) PUNTUACIÓN DE LEIPZIG DE 4 O SUPERIOR. RA: 1) NO ANTECEDENTES U OTRA EVIDENCIA DE INSUFICIENCIA RENAL, Y 2) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN A 3 MESES DE TRATAMIENTO CON UN DMARD (FÁRMACO ANTIRREUMÁTICO MODIFICADOR DE LA ENFERMEDAD) - SI EL PACIENTE PROBÓ METOTREXATO, ENTONCES SE REQUIERE PRUEBA A UNA DOSIS MAYOR O IGUAL A 20 MG POR SEMANA O DOSIS MÁXIMA TOLERADA. RENOVACIÓN: AR: 1) SIN ANTECEDENTES U OTRAS EVIDENCIAS DE INSUFICIENCIA RENAL, Y 2) MEJORÍA EXPERIMENTADA O MANTENIDA EN EL RECUENTO DE ARTICULACIONES SENSIBLES O EN EL RECUENTO DE ARTICULACIONES INFLAMADAS EN COMPARACIÓN CON EL VALOR BASAL. ENFERMEDAD DE WILSONS, CISTINURIA: SIGUE BENEFICIÁNDOSE DE LA MEDICACIÓN.

Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
---------------------	--

Actualizado 10/2024

Criterios AP	Detalles de los criterios
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

PEXIDARTINIB

Productos afectados

- TURALIO

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

PIMAVANSERINA

Productos afectados

- NUPLAZID

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	PSICOSIS EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON (EP) INICIAL: 18 AÑOS O MÁS
Restricciones para los prescriptores	PSICOSIS EN LA EPOC: INICIAL: PRESCRITA POR UN NEURÓLOGO, UN GERIATRA O UN ESPECIALISTA EN SALUD CONDUCTUAL (POR EJEMPLO, UN PSIQUIATRA) O EN CONSULTA CON ELLOS.
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	PSICOSIS EN PD: RENOVACIÓN: MEJORA DE LOS SÍNTOMAS DE PSICOSIS DESDE EL INICIO Y DEMUESTRA UNA NECESIDAD CONTINUADA DE TRATAMIENTO.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

PIRFENIDONA

Productos afectados

- *pirfenidona cápsula*

oral- *pirfenidona comprimido oral*
267 mg, 534 mg, 801 mg

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA (IPF): INICIAL: 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 (FVC) PREDICHA DE AL MENOS EL 50% AL INICIO.
Restricciones de edad	IPF: INICIAL: 18 AÑOS O MÁS.
Restricciones para los prescriptores	IPF: INICIAL: PRESCRITO POR UN NEUMÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL.
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	IPF: INICIAL: 1) NO TIENE OTRAS CAUSAS CONOCIDAS DE ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL (POR EJEMPLO, ENFERMEDAD DEL TEJIDO CONJUNTIVO, TOXICIDAD POR FÁRMACOS, EXPOSICIÓN AL AMIANTO O AL BERILIO, NEUMONITIS POR HIPERSENSIBILIDAD, ESCLEROSIS SISTÉMICA, ARTRITIS REUMATOIDE, RADIACIÓN, SARCOIDOSIS, BRONQUIOLITIS OBLITERANTE, NEUMONÍA ORGANIZATIVA, INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), HEPATITIS VÍRICA O CÁNCER). RENOVACIÓN: MEJORÍA CLÍNICA SIGNIFICATIVA O MANTENIMIENTO DE LA TASA ANUAL DE DISMINUCIÓN.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

PIRTOBRUTINIB

Productos afectados

- JAYPIRCA COMPRIMIDO ORAL
100 MG, 50 MG

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

POMALIDOMIDA

Productos afectados

- POMALYST

Criterios AP	Criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

PONATINIB

Productos afectados

- ICLUSIG

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA (CML): EL ANÁLISIS MUTACIONAL PREVIO AL INICIO Y EL ICLUSIG SON APROPIADOS SEGÚN LA TABLA DE DIRECTRICES DE LA NCCN PARA RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO BASADAS EN EL PERFIL DE MUTACIÓN BCR-ABL1.
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

SUSPENSIÓN DE POSACONAZOL

Productos afectados

- *posaconazol oral*

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	OPC: 3 MESES. CONTINUACIÓN DEL TRATAMIENTO TRAS EL ALTA HOSPITALARIA, PROFILAXIS: 6 MESES.
Otros criterios	CANDIDIASIS OROFARÍNGEA (OPC): PRUEBA DE O CONTRAINDICACIÓN AL FLUCONAZOL O ITRACONAZOL. PROFILAXIS DE LA INFECCIÓN INVASIVA POR ASPERGILLUS Y CANDIDA: INCAPACIDAD PARA TRAGAR COMPRIMIDOS. LA CONTINUACIÓN DEL TRATAMIENTO TRAS EL ALTA HOSPITALARIA NO REQUIERE CRITERIOS ADICIONALES.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

COMPRESIDIO DE POSACONAZOL

Productos afectados

- *posaconazol oral*

Criterios AP	Criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	CONTINUACIÓN DEL TRATAMIENTO TRAS EL ALTA HOSPITALARIA, PROFILAXIS: 6 MESES. TRATAMIENTO: 12 SEMANAS.
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

POSACONAZOL-POWDERMIX

Productos afectados

- NOXAFIL SUSP
ORAL,LIBERACIÓN
RETARDADA PARA RECON

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	6 MESES
Otros criterios	PROFILAXIS DE LA INFECCIÓN INVASIVA POR ASPERGILLUS Y CANDIDA: INCAPACIDAD PARA TRAGAR COMPRIMIDOS. LA CONTINUACIÓN DE LA TERAPIA TRAS EL ALTA HOSPITALARIA NO REQUIERE CRITERIOS ADICIONALES.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

PRALSETINIB

Productos afectados

- GAVRETO

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

PRAMLINTIDE

Productos afectados

- SYMLINPEN 120 - SYMLINPEN 60

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	DIABETES TIPO I O TIPO II QUE REQUIERE INSULINA O INFUSIÓN CONTINUA DE INSULINA (BOMBA DE INSULINA) PARA EL CONTROL GLUCÉMICO
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

PYRIMETHAMINE

Productos afectados

- *pirimetamina*

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	TOXOPLASMOSIS: INICIAL: PRESCRITA POR UN ESPECIALISTA EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS O EN CONSULTA CON EL MISMO.
Duración de la cobertura	TOXOPLASMOSIS: INICIAL: 8 SEMANAS, RENOVACIÓN: 6 MESES.
Otros criterios	TOXOPLASMOSIS: RENOVACIÓN: UNO DE LOS SIGUIENTES: (1) ENFERMEDAD CLÍNICA PERSISTENTE (CEFALEA, SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS O FIEBRE) Y ENFERMEDAD RADIOGRÁFICA PERSISTENTE (UNA O MÁS LESIONES MASIVAS EN LAS IMÁGENES CEREBRALES), O (2) RECUENTO DE CD4 INFERIOR A 200 CÉLULAS/MM3 Y ESTAR TOMANDO ACTUALMENTE UN TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL SI EL VIH ES POSITIVO.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

QUININA

Productos afectados

- *sulfato de quinina*

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

QUIZARTINIB

Productos afectados

- VANFLYTA

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

REGORAFENIB

Productos afectados

- STIVARGA

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

RELUGOLIX

Productos afectados

- ORGOVYX

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

REPOTRECTINIB

Productos afectados

- AUGTYRO

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

RESLIZUMAB

Productos afectados

- CINQAIR

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	ASMA: INICIAL: NIVEL DE EOSINÓFILOS EN SANGRE DE AL MENOS 150 CÉLULAS/MCL EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES.
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	ASMA: INICIAL: PRESCRITO POR O EN CONSULTA CON UN MÉDICO ESPECIALISTA EN ALERGIA O MEDICINA PULMONAR.
Duración de la cobertura	ASMA: INICIAL: 4 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros criterios	ASMA: INICIAL: 1) TERAPIA CONCURRENTE CON UNA DOSIS MEDIA, ALTA O MÁXIMA TOLERADA DE UN CORTICOSTEROIDE INHALADO (ICS) Y OTRA MEDICACIÓN DE MANTENIMIENTO, 2) UNA EXACERBACIÓN DEL ASMA QUE REQUIERA UNA RÁFAGA DE CORTICOSTEROIDES SISTÉMICOS DE 3 O MÁS DÍAS DE DURACIÓN EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, O AL MENOS UNA EXACERBACIÓN GRAVE QUE REQUIERA HOSPITALIZACIÓN O VISITA AL ER EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, O MAL CONTROL DE LOS SÍNTOMAS A PESAR DE LA TERAPIA ACTUAL, EVIDENCIADO POR AL MENOS TRES DE LOS SIGUIENTES EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS: (A) SÍNTOMAS DE ASMA DIURNOS MÁS DE DOS VECES/SEMANA, (B) CUALQUIER DESPERTAR NOCTURNO DEBIDO AL ASMA, (C) SABA ALIVIAR LOS SÍNTOMAS MÁS DE DOS VECES/SEMANA, (D) CUALQUIER LIMITACIÓN DE LA ACTIVIDAD DEBIDO AL ASMA, 3) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN A DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: FASENRA, NUCALA, DUPIXENT, Y 4) NO USO CONCURRENTE CON XOLAIR, DUPIXENT, TEZSPIRE U OTROS BIOLÓGICOS ANTI-IL5 CUANDO SE UTILICEN PARA EL ASMA. RENOVACIÓN: 1) NINGÚN USO CONCURRENTE CON XOLAIR, DUPIXENT, TEZSPIRE, U OTROS BIOLÓGICOS

	ANTI-IL5 CUANDO SE USAN PARA EL ASMA, 2) USO CONTINUADO DE ICS Y UN
Criterios de AP	Detalles de los criterios
	OTRA MEDICACIÓN DE MANTENIMIENTO, Y 3) RESPUESTA CLÍNICA EVIDENCIADA POR: (A) REDUCCIÓN DE LAS EXACERBACIONES DE ASMA CON RESPECTO AL VALOR BASAL, (B) MENOR UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS DE RESCATE, (C) REDUCCIÓN DE LA GRAVEDAD O FRECUENCIA DE LOS SÍNTOMAS RELACIONADOS CON EL ASMA, O (D) AUMENTO DEL PORCENTAJE DE FEV1 PREDICHO CON RESPECTO AL VALOR BASAL PREVIO AL TRATAMIENTO. ESTE MEDICAMENTO TAMBIÉN REQUIERE DETERMINACIÓN DE PAGO Y PUEDE ESTAR CUBIERTO POR MEDICARE PARTE B O D.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

RETIFANLIMAB-DLWR

Productos afectados

- ZYNYZ

Criterios de AP	Criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

RIBOCICLIB

Productos afectados

- KISQALI COMPRIMIDO ORAL 200 MG/DÍA (200 MG X 1), 400 MG/DÍA (200 MG X 2), 600 MG/DÍA (200 MG X 3)

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

RIBOCICLIB-LETROZOL

Productos afectados

- KISQALI FEMARA CO-PACK 2,5 MG, 600 MG/DÍA(200 MG X 3)-
 COMPRIMIDO ORAL 200 2,5 MG
 MG/DÍA(200 MG X 1)-
 2,5 MG, 400 MG/DÍA(200 MG X 2)-

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

RIFAXIMINA

Productos afectados

- XIFAXAN COMPRIMIDO ORAL
200 MG, 550 MG

Criterios AP	Criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	DIARREA DEL VIAJERO, ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA (HE): 12 MOS. SII-D: 8 SMI.
Otros criterios	L: ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN A LA LACTULOSA O TERAPIA CONCURRENTES CON LACTULOSA.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

RILONACEPT

Productos afectados

- ARCALYST

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	<p>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 (ES DECIR, CRP, ESR, PROTEÍNA AMILOIDE A SÉRICA (SAA) O PROTEÍNAS S100 ELEVADAS), Y</p> <p>2) DOS DE LOS SIGUIENTES ERUPCIÓN DE TIPO URTICARIAL (DERMATITIS NEUTROFÍLICA), EPISODIOS DESENCADENADOS POR EL FRÍO, HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL, SÍNTOMAS MUSCULOESQUELÉTICOS, MENINGITIS ASÉPTICA CRÓNICA, ANOMALÍAS ESQUELÉTICAS. 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 GEN IL1RN, O (B) TIENE MARCADORES INFLAMATORIOS (ES DECIR, CRP ELEVADO, ESR), Y 2) UNO DE LOS SIGUIENTES: ERUPCIONES PUSTULOSAS SIMILARES A LA PSORIASIS, OSTEOMIELITIS, AUSENCIA DE OSTEOMIELITIS BACTERIANA, ONICOMADESIS. PERICARDITIS RECURRENTE (PDR): DOS DE LOS SIGUIENTES: DOLOR TORÁCICO COMPATIBLE CON PERICARDITIS, ROCE PERICÁRDICO POR FRICCIÓN, ECG QUE MUESTRA ELEVACIÓN DIFUSA DEL SEGMENTO ST O DEPRESIÓN DEL SEGMENTO PR, DERRAME PERICÁRDICO NUEVO O QUE EMPEORA.</p>
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	CAPS, DIRA: DE POR VIDA. RP: 12 MESES.

Otros criterios	CAPS: NO USO CONCOMITANTE CON OTROS INHIBIDORES DE LA IL-1. DIRA: 1) NO USO CONCOMITANTE CON OTROS INHIBIDORES DE LA IL-1, Y 2) ENSAYO DEL AGENTE PREFERIDO: KINERET. RP: 1) TUVO UN EPISODIO DE PERICARDITIS AGUDA,
Criterios AP	Criterios
	2) SIN SÍNTOMAS DURANTE 4 A 6 SEMANAS, Y 3) SIN USO CONCURRENTES CON OTROS INHIBIDORES DE LA IL-1.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

RIMEGEPANT

Productos afectados

- NURTEC ODT

Criterios AP	Criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	<p>INICIAL: TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA AGUDA: 1) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UN TRIPTÁN (POR EJEMPLO, SUMATRIPTÁN, RIZATRIPTÁN), Y 2) NO USO CONCOMITANTE CON OTROS INHIBIDORES DE LA CGRP PARA EL TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA AGUDA. PREVENCIÓN DE LA MIGRAÑA EPISÓDICA: 1) NO USO CONCOMITANTE CON OTROS INHIBIDORES DE LA CGRP PARA LA PREVENCIÓN DE LA MIGRAÑA, Y 2) ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN DE UNO DE LOS SIGUIENTES TRATAMIENTOS PREVENTIVOS DE LA MIGRAÑA: DIVALPROEX SÓDICO, TOPIRAMATO, PROPRANOLOL, TIMOLOL. RENOVACIÓN: TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA AGUDA: 1) NO USO CONCOMITANTE CON OTROS INHIBIDORES DE LA CGRP PARA EL TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA AGUDA, Y 2) UNO DE LOS SIGUIENTES: (A) MEJORÍA RESPECTO AL INICIO EN UN CUESTIONARIO VALIDADO DE RESULTADOS DEL TRATAMIENTO AGUDO COMUNICADO POR EL PACIENTE, O B) EL TRATAMIENTO FUNCIONA DE FORMA CONSTANTE EN LA MAYORÍA DE LOS ATAQUES DE MIGRAÑA. PREVENCIÓN DE LA MIGRAÑA EPISÓDICA: 1) NO USO CONCOMITANTE CON OTROS INHIBIDORES DE LA CGRP PARA LA PREVENCIÓN DE LA MIGRAÑA, Y 2) REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE LA</p>

	MIGRAÑA O CEFALEA, GRAVEDAD DE LA MIGRAÑA O DURACIÓN DE LA MIGRAÑA CON LA TERAPIA.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Criterios de la AP	Detalles de los criterios
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

RIOCIQUAT

Productos afectados

- ADEMPAS

Criterios de la AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	<p>INICIAL: HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR (HAP): DIAGNÓSTICO CONFIRMADO MEDIANTE CATETERISMO CARDÍACO DERECHO CON LOS SIGUIENTES PARÁMETROS: 1) PRESIÓN ARTERIAL PULMONAR MEDIA (PAP) SUPERIOR A 20 MMHG, 2) PRESIÓN CAPILAR PULMONAR EN CUÑA (PCWP) IGUAL O INFERIOR A 15 MMHG, Y 3) RESISTENCIA VASCULAR PULMONAR (PVR) SUPERIOR A 2 UNIDADES WOOD. HIPERTENSIÓN PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÓNICA PERSISTENTE/RECURRENTE (CTEPH) (GRUPO 4 DE LA OMS): SÍNTOMAS DE CLASE FUNCIONAL II-IV DE LA OMS.</p>
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	<p>INICIAL: PAH, CTEPH: PRESCRITO POR O EN CONSULTA CON UN CARDIÓLOGO O NEUMÓLOGO.</p>
Duración de la cobertura	<p>INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.</p>
Otros criterios	<p>INICIAL: PAH: NO USO CONCURRENTES CON NITRATOS, DONANTES DE ÓXIDO NÍTRICO, INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA (PDE) O INHIBIDORES NO ESPECÍFICOS DE LA PDE. CTEPH: 1) NO USO CONCURRENTES CON NITRATOS, DONANTES DE ÓXIDO NÍTRICO, INHIBIDORES DE LA PDE O INHIBIDORES DE LA PDE NO ESPECÍFICOS, Y 2) NO CANDIDATO A CIRUGÍA O TIENE CTEPH INOPERABLE O TIENE ENFERMEDAD PERSISTENTE O RECURRENTE TRAS TRATAMIENTO QUIRÚRGICO. RENOVACIÓN: PAH, CTEPH: NO USO CONCURRENTES CON NITRATOS, DONANTES DE ÓXIDO NÍTRICO, INHIBIDORES DE PDE O INHIBIDORES DE PDE NO ESPECÍFICOS.</p>

Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Criterios de AP	Detalles de los criterios
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

RIPRETINIB

Productos afectados

- QINLOCK

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

RISANKIZUMAB-RZAA

Productos afectados

- SKYRIZI

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	INICIAL: PSORIASIS EN PLACAS (PSO): PSORIASIS EN PLACAS QUE CUBRE EL 3% O MÁS DE LA SUPERFICIE CORPORAL O LESIONES PSORIÁSICAS QUE AFECTAN A LAS MANOS, LOS PIES, LA CARA O LA ZONA GENITAL.
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	INICIAL: PSO: PRESCRITA POR UN DERMATÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL. ARTRITIS PSORIÁSICA (APS): PRESCRITA POR UN REUMATÓLOGO O UN DERMATÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉSTOS. ENFERMEDAD DE CROHN (EC): PRESCRITO POR UN GASTROENTERÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉSTE.
Duración de la cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros criterios	INICIAL: PSO: 1) UNO DE LOS SIGUIENTES: (A) AL MENOS 3 MESES DE PRUEBA DE UN INMUNOSUPRESOR ORAL (CICLOSPORINA, METOTREXATO, TACROLIMUS) O PUVA (FOTOTERAPIA) PARA EL TRATAMIENTO DE LA PSO, (B) CONTRAINDICACIÓN O INTOLERANCIA TANTO AL INMUNOSUPRESOR COMO AL PUVA PARA EL TRATAMIENTO DE LA PSO, O (C) EL PACIENTE ESTÁ CAMBIANDO DE UN BIOLÓGICO DIFERENTE, INHIBIDOR DE PDE-4, O INHIBIDOR DE JAK PARA LA MISMA INDICACIÓN, Y 2) NO USO CONCURRENTES CON OTRO BIOLÓGICO SISTÉMICO O PEQUEÑAS MOLÉCULAS DIRIGIDAS (E.G., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE. PSA: 1) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UN DMARD (FÁRMACO ANTIRREUMÁTICO MODIFICADOR DE LA ENFERMEDAD), Y 2) NO USO CONCOMITANTE CON OTRO BIOLÓGICO SISTÉMICO O PEQUEÑAS MOLÉCULAS DIRIGIDAS (POR EJEMPLO, INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE. CD: 1) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UNA TERAPIA

CONVENCIONAL

Actualizado 10/2024

Criterios AP	Detalles de los criterios
	(P. EJ., CORTICOSTEROIDE [P. EJ., BUDESONIDA, METILPREDNISOLONA], AZATIOPRINA, MERCAPTOPURINA, METOTREXATO, MESALAMINA), Y 2) NINGÚN USO CONCURRENTE CON OTRO BIOLÓGICO SISTÉMICO O PEQUEÑAS MOLÉCULAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE. RENOVACIÓN: PSO, PSA: 1) CONTINÚA BENEFICIÁNDOSE DE LA MEDICACIÓN 2) SIN USO CONCURRENTE CON OTRO BIOLÓGICO SISTÉMICO O PEQUEÑAS MOLÉCULAS DIRIGIDAS (POR EJEMPLO, INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE. CD: NO USO CONCOMITANTE CON OTRO BIOLÓGICO SISTÉMICO O PEQUEÑAS MOLÉCULAS DIRIGIDAS (POR EJEMPLO, INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

RISDIPLAM

Productos afectados

- EVRYSDI

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	ATROFIA MUSCULAR ESPINAL (SMA): INICIAL: ANÁLISIS DE MUTACIÓN GÉNICA QUE INDICA MUTACIONES O DELECCIONES DE AMBOS ALELOS DEL GEN DE LA NEURONA MOTORA DE SUPERVIVENCIA 1 (SMN1). PARA PACIENTES PRESINTOMÁTICOS: HASTA TRES COPIAS DE LA MOTONEURONA DE SUPERVIVENCIA 2 (SMN2) SEGÚN EL CRIBADO DE RECIÉN NACIDOS.
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	SMA: INICIAL: PRESCRITO POR O EN CONSULTA CON UN ESPECIALISTA NEUROMUSCULAR O ESPECIALISTA EN SMA EN UN CENTRO ESPECIALIZADO EN SMA.
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros criterios	SMA: INICIAL: PARA PACIENTES SINTOMÁTICOS: 1) EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN MOTORA BASAL POR UN ESPECIALISTA NEUROMUSCULAR O UN ESPECIALISTA EN SMA, Y 2) SI EL PACIENTE RECIBIÓ TERAPIA GÉNICA, EL PACIENTE OBTUVO UN BENEFICIO CLÍNICO INFERIOR AL ESPERADO CON LA TERAPIA GÉNICA. RENOVACIÓN: MEJORÓ, SE MANTUVO O DEMOSTRÓ UN DETERIORO INFERIOR AL ESPERADO EN: 1) LAS EVALUACIONES DE LA FUNCIÓN MOTORA EN COMPARACIÓN CON EL VALOR INICIAL, O 2) OTRAS FUNCIONES MUSCULARES.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

RITUXIMAB Y HIALURONIDASA HUMANA-SQ

Productos afectados

- RITUXAN HYCELA

Criterios de la AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	LINFOMA FOLICULAR (FL), LINFOMA DIFUSO 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 DEL INICIO DE RITUXIMAB E HIALURONIDASA. ESTE MEDICAMENTO TAMBIÉN REQUIERE DETERMINACIÓN DE PAGO Y PUEDE ESTAR CUBIERTO POR MEDICARE PARTE B O D.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

RITUXIMAB-ABBS

Productos afectados

- TRUXIMA

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	INICIAL: ARTRITIS REUMATOIDE (RA): PRESCRITA POR UN REUMATÓLOGO O EN CONSULTA CON EL MISMO. LINFOMA NO HODGKIN (NHL), LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA (CLL): PRESCRITOS POR UN ONCÓLOGO O EN CONSULTA CON EL MISMO.
Duración de la cobertura	RA: INICIAL: 6 MESES, RENOVACIÓN: 12 MESES. NHL, GPA, MPA: 12 MO. CLL: 6 MESES
Otros criterios	RA: INICIAL: PRUEBA DE O CONTRAINDICACIÓN A DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: ENBREL, HUMIRA, XELJANZ, RINVOQ, ORENCIA. RENOVACIÓN: SIGUE BENEFICIÁNDOSE DEL MEDICAMENTO. ESTE MEDICAMENTO TAMBIEN REQUIERE DETERMINACION DE PAGO Y PUEDE ESTAR CUBIERTO BAJO MEDICARE PARTE B O D.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

RITUXIMAB-ARRX

Productos afectados

- RIABNI

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	ARTRITIS REUMATOIDE (RA): INICIAL: PRESCRITA POR UN REUMATÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL. LINFOMA NO HODGKIN (NHL), LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA (CLL): PRESCRITOS POR UN ONCÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉSTE.
Duración de la cobertura	RA: INICIAL: 6 MESES, RENOVACIÓN: 12 MESES. NHL, GPA, MPA: 12 MO. CLL: 6 MESES
Otros criterios	RA: INICIAL: PRUEBA DE O CONTRAINDICACIÓN A DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: ENBREL, HUMIRA, XELJANZ, RINVOQ, ORENCIA. RENOVACIÓN: SIGUE BENEFICIÁNDOSE DEL MEDICAMENTO. ESTE MEDICAMENTO TAMBIEN REQUIERE DETERMINACION DE PAGO Y PUEDE ESTAR CUBIERTO BAJO MEDICARE PARTE B O D.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

RITUXIMAB-PVVR

Productos afectados

- RUXIENCE

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	RA: INICIAL: PRESCRITO POR UN REUMATÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL. LINFOMA NO HODGKIN (NHL), LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA (CLL): PRESCRITOS POR UN ONCÓLOGO O EN CONSULTA CON EL MISMO.
Duración de la cobertura	RA: INICIAL: 6 MESES, RENOVACIÓN: 12 MESES. NHL, GPA, MPA: 12 MO. CLL: 6 MESES
Otros criterios	RA: INICIAL: PRUEBA DE O CONTRAINDICACIÓN A DOS AGENTES PREFERIDOS: ENBREL, HUMIRA, XELJANZ, RINVOQ, ORENCIA. RENOVACIÓN: SIGUE BENEFICIÁNDOSE DEL MEDICAMENTO. ESTE MEDICAMENTO TAMBIEN REQUIERE DETERMINACION DE PAGO Y PUEDE ESTAR CUBIERTO BAJO MEDICARE PARTE B O D.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

ROPEGINTERFERÓN ALFA-2B-NJFT

Productos afectados

- BESREMI

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

RUCAPARIB

Productos afectados

- RUBRACA

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO RESISTENTE A LA CASTRACIÓN: UNO DE LOS SIGUIENTES: 1) HABER RECIBIDO UNA ORQUIECTOMÍA BILATERAL, 2) NIVEL CASTRADO DE TESTOSTERONA (ES DECIR, INFERIOR A 50 NG/DL), O 3) USO CONCOMITANTE CON UN ANÁLOGO DE LA HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINA (GNRH).
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

RUXOLITINIB

Productos afectados

- JAKAFI

Criterios AP	Criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	MIELOFIBROSIS: INICIAL: 6 MESES, RENOVACIÓN: 12 MESES. POLICITEMIA VERA, GVHD: 12 MESES.
Otros criterios	MIELOFIBROSIS: RENOVACIÓN: SIGUE BENEFICIÁNDOSE DE LA MEDICACIÓN.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

SAPROPTERINA

Productos afectados

- *javygtor comprimido oral,soluble* - *sapropterin comprimido oral,soluble*

Criterios AP	Criterios
Criterios de exclusión	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Información médica obligatoria	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Restricciones de edad	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Restricciones para los prescriptores	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Duración de la cobertura	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Otros criterios	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Indicaciones	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Otros usos	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

SARGRAMOSTIM

Productos afectados

- LEUKINE INJECTION RECON SOLN

Criterios AP	Criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	PRESCRITO POR UN HEMATÓLOGO U ONCÓLOGO O EN CONSULTA CON ELLOS.
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

SATRALIZUMAB-MWGE

Productos afectados

- ENSPRYNG

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	TRASTORNO DEL ESPECTRO DE LA NEUROMIELITIS ÓPTICA (NMOSD): INICIAL: PRESCRITO POR UN OFTALMÓLOGO O PRESCRITO POR UN NEURÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉSTE
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	NMOSD: INICIAL: 1) UNA DE LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS PRINCIPALES: A) NEURITIS ÓPTICA, B) MIELITIS AGUDA, (C) SÍNDROME DEL ÁREA POSTREMA, (D) SÍNDROME AGUDO DEL TRONCO ENCEFÁLICO, (E) NARCOLEPSIA SINTOMÁTICA O SÍNDROME CLÍNICO DIENCEFÁLICO AGUDO CON LESIONES DE RESONANCIA MAGNÉTICA DIENCEFÁLICA NMOSD-TÍPICAS, O (F) SÍNDROME CEREBRAL SINTOMÁTICO CON LESIONES CEREBRALES NMOSD-TÍPICAS, Y 2) NINGÚN USO CONCURRENTES CON RITUXIMAB, INEBILIZUMAB O ECULIZUMAB. RENOVACIÓN: 1) REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE RECAÍDAS CON RESPECTO AL VALOR BASAL, Y 2) NINGÚN USO CONCURRENTES CON RITUXIMAB, INEBILIZUMAB O ECULIZUMAB.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

SECUKINUMAB IV

Productos afectados

- COSENTYX INTRAVENOSO

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	INICIAL: ESPONDILOARTRITIS AXIAL NO RADIOGRÁFICA (NR-AXSPA): 1) NIVELES DE PROTEÍNA C REACTIVA (PCR) POR ENCIMA DEL LÍMITE SUPERIOR DE LA NORMALIDAD, O 2) SACROILEÍTIS EN LA RESONANCIA MAGNÉTICA (RM).
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	INICIAL: ARTRITIS PSORIÁSICA (APS): PRESCRITA POR O EN CONSULTA CON UN REUMATÓLOGO O UN DERMATÓLOGO. ESPONDILITIS ANQUILOSANTE (AS), NR- AXSPA: PRESCRITA POR UN REUMATÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉSTE.
Duración de la cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros criterios	INICIAL: PSA: 1) PRUEBA DE O CONTRAINDICACIÓN A UN DMARD (FÁRMACO ANTIRREUMÁTICO MODIFICADOR DE LA ENFERMEDAD), Y 2) NO USO CONCOMITANTE CON OTRO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (POR EJEMPLO, INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE. AS, NR-AXSPA: 1) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN A UN NSAID, Y 2) NO USO CONCURRENTES CON OTRO BIOLÓGICO SISTÉMICO O PEQUEÑAS MOLÉCULAS DIRIGIDAS (POR EJEMPLO, 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 UTILIZA SIMULTÁNEAMENTE CON OTRO BIOLÓGICO SISTÉMICO O PEQUEÑAS MOLÉCULAS DIRIGIDAS (POR EJEMPLO, INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE. ESTE MEDICAMENTO TAMBIÉN REQUIERE DETERMINACIÓN DE PAGO Y PUEDE ESTAR CUBIERTO POR MEDICARE PARTE B O D.

Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Criterios AP	Detalles de los criterios
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

SECUKINUMAB SQ

Productos afectados

- COSENTYX (2 JERINGAS)
- COSENTYX PEN (2 BOLÍGRAFOS)
- COSENTYX JERINGA SUBCUTÁNEA 75 MG/0,5 ML
- COSENTYX UNOREADY PEN

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	<p>INICIAL: PSORIASIS EN PLACAS (PSO): PSORIASIS QUE CUBRE EL 3 POR CIENTO O MÁS DE LA SUPERFICIE CORPORAL O LESIONES PSORIÁSICAS QUE AFECTAN A LAS MANOS, LOS PIES, LA ZONA GENITAL O LA CARA.</p> <p>ESPONDILOARTRITIS AXIAL NO RADIOGRÁFICA (NR-AXSPA): 1) NIVELES DE PROTEÍNA C REACTIVA (PCR) POR ENCIMA DEL LÍMITE SUPERIOR DE LA NORMALIDAD, O 2) SACROILEÍTIS EN LA RESONANCIA MAGNÉTICA (RM).</p>
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	<p>INICIAL: PSO, HIDRADENITIS SUPURATIVA (HS): PRESCRITOS POR UN DERMATÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL. ARTRITIS PSORIÁSICA (APS): PRESCRITA POR UN REUMATÓLOGO O UN DERMATÓLOGO, O EN CONSULTA CON ELLOS. ESPONDILITIS ANQUILOSANTE (AS), NR-AXSPA, ARTRITIS RELACIONADA CON ENTESITIS (ERA): PRESCRITAS POR UN REUMATÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉSTE.</p>
Duración de la cobertura	<p>INICIAL: HS: 4 MESES, TODAS LAS DEMÁS INDICACIONES: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.</p>

Otros criterios	INICIAL: PSO: 1) UNO DE LOS SIGUIENTES: (A) AL MENOS 3 MESES DE PRUEBA DE UN INMUNOSUPRESOR ORAL (CICLOSPORINA, METOTREXATO, TACROLIMUS) O PUVA (FOTOTERAPIA) PARA EL TRATAMIENTO DE LA PSO, (B) CONTRAINDICACIÓN O INTOLERANCIA TANTO AL INMUNOSUPRESOR COMO AL PUVA PARA EL TRATAMIENTO DE LA PSO, O (C) EL PACIENTE ESTÁ CAMBIANDO DE UN BIOLÓGICO DIFERENTE, INHIBIDOR DE PDE-4, O INHIBIDOR DE JAK PARA LA MISMA INDICACIÓN, Y 2) NO USO CONCURRENTES CON OTRO BIOLÓGICO SISTÉMICO O PEQUEÑAS MOLÉCULAS DIRIGIDAS (E.G., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA
Criterios AP	Detalles de los criterios
	INDICACIÓN AUTOINMUNE. AS, NR-AXSPA: 1) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN A UN DMARD (FÁRMACO ANTIRREUMÁTICO MODIFICADOR DE LA ENFERMEDAD), Y 2) NO USO CONCURRENTES CON OTRO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (POR EJEMPLO, INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE. AS, NR-AXSPA: 1) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UN NSAID, Y 2) NO USO CONCOMITANTE CON OTRO BIOLÓGICO SISTÉMICO O PEQUEÑAS MOLÉCULAS DIRIGIDAS (POR EJEMPLO, INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE. ARE: PRUEBA DE O CONTRAINDICACIÓN A UN NSAID, SULFASALAZINA O METOTREXATO. HS: NO USO CONCURRENTES CON OTROS BIOLÓGICOS SISTÉMICOS PARA HS U OTROS INHIBIDORES DE IL-17 PARA CUALQUIER INDICACIÓN. RENOVACIÓN: PSO, PSA, AS, NR-AXSPA: 1) CONTINÚA BENEFICIÁNDOSE DE LA MEDICACIÓN, Y 2) NINGÚN USO CONCURRENTES CON OTRO BIOLÓGICO SISTÉMICO O PEQUEÑAS MOLÉCULAS DIRIGIDAS (POR EJEMPLO, INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE. ERA: SIGUE BENEFICIÁNDOSE DE LA MEDICACIÓN. HS: 1) NO USO CONCURRENTES CON OTROS BIOLÓGICOS SISTÉMICOS PARA HS U OTROS INHIBIDORES DE IL-17 PARA CUALQUIER INDICACIÓN, Y 2) SIGUE BENEFICIÁNDOSE DE LA MEDICACIÓN.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

SELADELPAR

Productos afectados

- LIVDELZI

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	COLANGITIS BILIAR PRIMARIA (CBP): INICIAL: DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR DOS DE LOS SIGUIENTES: 1) NIVEL ELEVADO DE FOSFATASA ALCALINA, 2) PRESENCIA DE ANTICUERPOS ANTIMITOCONDRIALES U OTROS AUTOANTICUERPOS ESPECÍFICOS DE LA PBC, INCLUYENDO SP100 O GP210, SI AMA ES NEGATIVO, O 3) EVIDENCIA HISTOLÓGICA (OBTENIDA POR BIOPSIA HEPÁTICA) DE COLANGITIS DESTRUCTIVA NO SUPURATIVA Y DESTRUCCIÓN DE LOS CONDUCTOS BILIARES INTERLOBULARES.
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	CBP: INICIAL: PRESCRITO POR UN GASTROENTERÓLOGO O HEPATÓLOGO O EN CONSULTA CON ELLOS.
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	CBP: INICIAL: 1) SIN USO CONCURRENTES CON OTRO TRATAMIENTO DE SEGUNDA LÍNEA PARA LA CBP, 2) UTILIZADO EN COMBINACIÓN CON URSODIOL SI RESPUESTA INADECUADA TRAS TRATAMIENTO CON URSODIOL EN MONOTERAPIA DURANTE AL MENOS 1 AÑO, O UTILIZADO COMO MONOTERAPIA SI NO TOLERA EL URSODIOL, 3) NO TIENE CIRROSIS DESCOMPENSADA (CHILD-PUGH B O C), UN EVENTO DE DESCOMPENSACIÓN PREVIO, O CIRROSIS COMPENSADA CON EVIDENCIA DE HIPERTENSIÓN PORTAL, Y 4) PRUEBA DE O CONTRAINDICACIÓN A UNO DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: OCALIVA, IQIRVO. PASO NO APLICABLE PARA QUIENES EL ALIVIO DEL PRURITO ES UN OBJETIVO DEL TRATAMIENTO. RENOVACIÓN: 1) SIGUE BENEFICIÁNDOSE DE LA MEDICACIÓN, Y 2) NO SE UTILIZA SIMULTÁNEAMENTE CON OTRA TERAPIA DE SEGUNDA LÍNEA PARA LA PBC.

Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Criterios AP	Detalles de los criterios
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

SELEXIPAG

Productos afectados

- UPTRAVI INTRAVENOSO 200 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG
- UPTRAVI COMPRIMIDO ORAL 1.000 MCG, 1.200 MCG, 1.400 MCG, 1.600 MCG, • UPTRAVI COMPRIMIDOS ORALES, ENVASE DOSIFICADOR

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR (HAP): INICIAL: DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR CATETERISMO CARDÍACO DERECHO CON LOS SIGUIENTES PARÁMETROS: 1) PRESIÓN ARTERIAL PULMONAR MEDIA (PAP) SUPERIOR A 20 MMHG, 2) PRESIÓN CAPILAR PULMONAR EN CUÑA (PCWP) IGUAL O INFERIOR A 15 MMHG, Y 3) RESISTENCIA VASCULAR PULMONAR (PVR) SUPERIOR A 2 UNIDADES WOOD.
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	PAH: INICIAL: PRESCRITO POR O EN CONSULTA CON UN CARDIÓLOGO O NEUMÓLOGO.
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros criterios	PAH: INICIAL: PRUEBA DE O CONTRAINDICACIÓN A DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES DE DIFERENTES CLASES DE FÁRMACOS: 1) VERSIÓN DEL FORMULARIO DE UN ANTAGONISTA ORAL DE LOS RECEPTORES DE ENDOTELINA, 2) VERSIÓN DEL FORMULARIO DE UN INHIBIDOR ORAL DE LA FOSFODIESTERASA TIPO-5 PARA PAH, 3) VERSIÓN DEL FORMULARIO DE UN ESTIMULADOR ORAL DE CGMP.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

SELINEXOR

Productos afectados

- XPOVIO COMPRIMIDO
 ORAL 100 MG/SEMANA (50
 MG X 2), 40
 MG/SEMANA (40 MG X 1), 40
 MG
 DOS VECES POR SEMANA
 (40 MG X 2), 60
 MG/SEMANA (60 MG X 1), 60 MG
 DOS VECES POR SEMANA (120
 MG/SEMANA), 80
 MG/SEMANA (40 MG X 2), 80
 MG DOS VECES POR
 SEMANA (160 MG/SEMANA)

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

SELPERCATINIB

Productos afectados

- RETEVMO CÁPSULA ORAL 40 MG, 80 MG
- RETEVMO COMPRIMIDO ORAL 120 MG, 160 MG, 40 MG, 80 MG

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

SELUMETINIB

Productos afectados

- KOSELUGO CÁPSULA ORAL 10 MG,
25 MG

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

SILDENAFIL COMPRIMIDO

Productos afectados

- *sildenafil (hipertensión pulmonar) comprimido oral*

Criterios AP	Criterios
Criterios de exclusión	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Información médica obligatoria	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Restricciones de edad	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Restricciones para los prescriptores	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Duración de la cobertura	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Otros criterios	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Indicaciones	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Otros usos	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Parte B Requisitos previos	No

SIPONIMOD

Productos afectados

- MAYZENT COMPRIMIDOS ORALES 0,25 MG, 1 MG, 2 MG
- MAYZENT STARTER(PARA 1MG MAINT)
- MAYZENT STARTER(PARA 2MG MAINT)

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros criterios	FORMA RECIDIVANTE DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE (MS): RENOVACIÓN: 1) BENEFICIO CLÍNICO DEMOSTRADO EN COMPARACIÓN CON LA SITUACIÓN BASAL PREVIA AL TRATAMIENTO, Y 2) NO PRESENTA LINFOPENIA.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

SIROLIMUS UNIDO A PROTEÍNAS

Productos afectados

- FYARRO

Criterios AP	Criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

OXIBATO DE SODIO-XYREM

Productos afectados

- *oxibato de sodio*

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	INICIAL: CATAPLEJÍA EN LA NARCOLEPSIA, SOMNOLENCIA DIURNA EXCESIVA (EDS) EN LA NARCOLEPSIA: PRESCRITO POR O EN CONSULTA CON UN NEURÓLOGO, PSIQUIATRA O ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL SUEÑO.
Duración de la cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros criterios	INICIAL: EDS EN NARCOLEPSIA: 1) NO USO CONCURRENTENTE CON UN AGENTE HIPNÓTICO SEDANTE, 2) MAYORES DE 18 AÑOS: PRUEBA, FRACASO O CONTRAINDICACIÓN A UNA VERSIÓN DEL FORMULARIO DE MODAFINILO, ARMODAFINILO O SUNOSI Y UN ESTIMULANTE GENÉRICO INDICADO PARA EDS EN NARCOLEPSIA, Y 3) DE 7 A 17 AÑOS: PRUEBA, FRACASO O CONTRAINDICACIÓN A UN ESTIMULANTE GENÉRICO INDICADO PARA EDS EN NARCOLEPSIA. CATAPLEJÍA EN LA NARCOLEPSIA: NO USO CONCURRENTENTE CON UN AGENTE HIPNÓTICO SEDANTE. RENOVACIÓN: CATAPLEJÍA EN LA NARCOLEPSIA, EDS EN LA NARCOLEPSIA: 1) MEJORÍA SOSTENIDA DE LOS SÍNTOMAS EN COMPARACIÓN CON LOS VALORES BASALES, Y 2) NINGÚN USO CONCURRENTENTE CON UN AGENTE HIPNÓTICO SEDANTE.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

FENILBUTIRATO SÓDICO COMPRIMIDOS

Productos afectados

- *fenilbutirato sódico comprimido oral*

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	TRASTORNO DEL CICLO DE LA UREA (TCEU): INICIAL: EL UCD SE CONFIRMA MEDIANTE PRUEBAS ENZIMÁTICAS, BIOQUÍMICAS O GENÉTICAS.
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	UCD: RENOVACIÓN: BENEFICIO CLÍNICO DESDE EL INICIO.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

SOFOSBUVIR/VELPATASVIR

Productos afectados

- EPCLUSA ORAL PELLETS EN SOBRE 150-37,5 MG, 200-50 MG
- EPCLUSA COMPRIMIDO ORAL

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	NIVEL DE ARN DEL VHC EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES.
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	LOS CRITERIOS SE APLICARÁN DE ACUERDO CON LAS ORIENTACIONES ACTUALES DE LA AASLD/IDSA.
Otros criterios	1) LOS CRITERIOS SE APLICARÁN DE ACUERDO CON LAS DIRECTRICES ACTUALES DE LA AASLD/IDSA, 2) NO TOMAR SIMULTÁNEAMENTE NINGUNO DE LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS: AMIODARONA, CARBAMAZEPINA, FENITOÍNA, FENOBARBITAL, OXCARBAZEPINA, RIFAMPICINA, RIFABUTINA, RIFAPENTINA, RÉGIMEN PARA EL VIH QUE CONTENGA EFAVIRENZ, ROSUVASTATINA EN DOSIS SUPERIORES A 10 MG, TIPRANAVIR/RITONAVIR, TOPOTECAN, SOVALDI (COMO AGENTE ÚNICO), HARVONI, ZEPATIER, MAVYRET, O VOSEVI, Y 3) LOS PACIENTES CON CIRROSIS DESCOMPENSADA REQUIEREN RIBAVIRINA CONCURRENTEMENTE A MENOS QUE LA RIBAVIRINA NO SEA ELEGIBLE.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

SOFOSBUVIR/VELPATASVIR/VOXILAPREVIR

Productos afectados

- VOSEVI

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	NIVEL DE ARN DEL VHC EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	LOS CRITERIOS SE APLICARÁN DE ACUERDO CON LAS ORIENTACIONES ACTUALES DE LA AASLD/IDSA.
Otros criterios	1) LOS CRITERIOS SE APLICARÁN DE ACUERDO CON LAS ORIENTACIONES ACTUALES DE LA AASLD/IDSA, 2) NO TOMAR SIMULTÁNEAMENTE NINGUNO DE LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS: AMIODARONA, CARBAMAZEPINA, FENITOÍNA, FENOBARBITAL, OXCARBAZEPINA, RIFAMPICINA, RIFABUTINA, RIFAPENTINA, CICLOSPORINA, PITAVASTATINA, PRAVASTATINA (DOSIS SUPERIORES A 40 MG), ROSUVASTATINA, METOTREXATO, MITOXANTRONA, IMATINIB, IRINOTECÁN, LAPATINIB, SULFASALAZINA, TOPOTECAN, O RÉGIMEN PARA EL VIH QUE CONTENGA EFAVIRENZ, ATAZANAVIR, LOPINAVIR, TIPRANAVIR/RITONAVIR, SOVALDI (COMO AGENTE ÚNICO), EPCLUSA, HARVONI, ZEPATIER, O MAVYRET, Y 3) NO TIENE INSUFICIENCIA HEPÁTICA MODERADA O GRAVE (CHILD-PUGH B O C).
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

SOMATROPINA - NORDITROPINA

Productos afectados

- NORDITROPIN FLEXPRO

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	INICIAL/RENOVACIÓN: MEJORA ATLÉTICA, FINES ANTIENVEJECIMIENTO.
Información médica obligatoria	INICIAL: DEFICIENCIA PEDIÁTRICA DE LA HORMONA DEL CRECIMIENTO (GHD), BAJA ESTATURA IDIOPÁTICA (ISS), PEQUEÑO PARA LA EDAD GESTACIONAL (SGA), SÍNDROME DE TURNER (TS), SÍNDROME DE NOONAN: ESTATURA AL MENOS 2 DESVIACIONES ESTÁNDAR POR DEBAJO DE LA ESTATURA MEDIA PARA NIÑOS DE LA MISMA EDAD Y SEXO. SÍNDROME DE PRADER WILLI (PWS): DIAGNÓSTICO GENÉTICO CONFIRMADO.
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	INICIAL/RENOVACIÓN: TODAS LAS INDICACIONES: PRESCRITO POR UN ENDOCRINÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL.
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	INICIAL: GHD DEL ADULTO: GHD SOLA O ASOCIADA A DEFICIENCIAS HORMONALES MÚLTIPLES (HIPOPITUITARISMO), COMO RESULTADO DE ENFERMEDAD HIPOFISARIA, ENFERMEDAD HIPOTALÁMICA, CIRUGÍA, RADIOTERAPIA O TRAUMATISMO, O PARA LA CONTINUACIÓN DE LA TERAPIA DE GHD DE INICIO EN LA INFANCIA. GHD PEDIÁTRICA, ISS, SGA, TS, SÍNDROME DE NOONAN: EPÍFISIS ABIERTAS CONFIRMADAS POR RADIOGRAFÍA DE MUÑECA Y MANO. RENOVACIÓN: GHD PEDIÁTRICO: 1) MEJORÍA DURANTE EL TRATAMIENTO (ES DECIR, AUMENTO DE ESTATURA O AUMENTO DE LA VELOCIDAD DE CRECIMIENTO), Y 2) EPÍFISIS ABIERTAS CONFIRMADAS POR RADIOGRAFÍA DE MUÑECA Y MANO O NO HA COMPLETADO EL CRECIMIENTO PREPUBERAL. ISS, SGA, TS, SÍNDROME DE NOONAN: 1) MEJORÍA DURANTE EL TRATAMIENTO (ES DECIR, AUMENTO DE LA ESTATURA O DE LA VELOCIDAD DE CRECIMIENTO), Y 2) EPÍFISIS ABIERTAS CONFIRMADAS POR RADIOGRAFÍA DE LA MUÑECA Y LA MANO. PWS: MEJORA DE LA COMPOSICIÓN CORPORAL.

Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
---------------------	--

Actualizado 10/2024

Criterios AP	Detalles de los criterios
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

SOMATROPINA - SEROSTIM

Productos afectados

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

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	INICIAL/RENOVACIÓN: MEJORA ATLÉTICA, FINES ANTIENVEJECIMIENTO
Información médica obligatoria	INICIAL: VIH/ENVEJECIMIENTO: UNO DE LOS SIGUIENTES PARA PÉRDIDA DE PESO: 1) 10% DE PÉRDIDA DE PESO INVOLUNTARIA EN 12 MESES, 2) 7,5% DE PÉRDIDA DE PESO INVOLUNTARIA EN 6 MESES, 3) 5% DE PÉRDIDA DE MASA CELULAR CORPORAL (MCM) EN 6 MESES, 4) MCM INFERIOR AL 35% (HOMBRES) DEL PESO CORPORAL TOTAL E ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) INFERIOR A 27 KG POR METRO CUADRADO, 5) MCM INFERIOR AL 23% (MUJERES) DEL PESO CORPORAL TOTAL E IMC INFERIOR A 27 KG POR METRO CUADRADO, O 6) IMC INFERIOR A 18,5 KG POR METRO CUADRADO.
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	VIH/WASTING: INICIAL: PRESCRITO POR UN GASTROENTERÓLOGO, UN ESPECIALISTA EN APOYO NUTRICIONAL O UN ESPECIALISTA EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS, O EN CONSULTA CON ELLOS.
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 3 MESES.
Otros criterios	VIH/WASTING: INICIAL: 1) RESPUESTA INADECUADA A UNA TERAPIA ANTERIOR (POR EJEMPLO, MEGACE, ESTIMULANTES DEL APETITO, ESTEROIDES ANABOLIZANTES). RENOVACIÓN: 1) BENEFICIO CLÍNICO EN MASA MUSCULAR Y PESO.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

SONIDEGIB

Productos afectados

- ODOMZO

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	CARCINOMA BASOCELULAR LOCALMENTE AVANZADO (CBC): NIVELES BASALES DE CREATININASA SÉRICA (CK) Y CREATININA SÉRICA
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

SORAFENIB

Productos afectados

- *sorafenib*

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

SOTATERCEPT-CSRK

Productos afectados

- WINREVAIR

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR (HAP): INICIAL: DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR CATETERISMO CARDÍACO DERECHO CON LOS SIGUIENTES PARÁMETROS: 1) PRESIÓN ARTERIAL PULMONAR MEDIA (PAP) SUPERIOR A 20 MMHG, 2) PRESIÓN CAPILAR PULMONAR EN CUÑA (PCWP) IGUAL O INFERIOR A 15 MMHG, Y 3) RESISTENCIA VASCULAR PULMONAR (PVR) SUPERIOR A 2 UNIDADES WOOD.
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	PAH: INICIAL: PRESCRITO POR O EN CONSULTA CON UN CARDIÓLOGO O NEUMÓLOGO.
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	PAH: INICIAL: 1) EN TERAPIA DE FONDO PARA PAH (DURANTE AL MENOS 3 MESES) CON AL MENOS DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES DE DIFERENTES CLASES DE FÁRMACOS: A) ANTAGONISTA ORAL DE LOS RECEPTORES DE ENDOTELINA, B) INHIBIDOR ORAL DE LA FOSFODIESTERASA TIPO 5 PARA LA PAH, C) ESTIMULADOR ORAL DE LA CGMP, D) PROSTACICLINA IV/SQ, O 2) CON UN AGENTE DE UNA DE LAS CLASES DE FÁRMACOS ANTERIORES, Y TIENE UNA CONTRAINDICACIÓN O INTOLERANCIA A TODAS LAS DEMÁS CLASES DE FÁRMACOS.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

SOTORASIB

Productos afectados

- LUMAKRAS COMPRIMIDO ORAL
120 MG, 320 MG

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

STIRIPENTOL

Productos afectados

- DIACOMIT CÁPSULA ORAL 250 MG, 500 MG
- DIACOMIT POLVO ORAL EN SOBRE 250 MG, 500 MG

Criterios AP	Criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	SÍNDROME DE DRAVET: INICIAL: PRESCRITO POR UN NEURÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL.
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

SUNITINIB

Productos afectados

- *malato de sunitinib*

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	TUMORES DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL (GIST): ENSAYO O CONTRAINDICACIÓN DE IMATINIB (GLEEVEC).
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

TADALAFIL - ADCIRCA, ALYQ

Productos afectados

- *alyq*

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Información médica obligatoria	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Restricciones de edad	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Restricciones para los prescriptores	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Duración de la cobertura	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Otros criterios	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Indicaciones	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Otros usos	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Parte B Requisitos previos	No

TADALAFIL-CIALIS

Productos afectados

- *tadalafilo comprimido oral 2,5 mg, 5 mg*

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Información médica obligatoria	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Restricciones de edad	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Restricciones para los prescriptores	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Duración de la cobertura	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Otros criterios	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Indicaciones	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Otros usos	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

TALAZOPARIB

Productos afectados

- TALZENNA

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	CÁNCER DE MAMA AVANZADO O METASTÁSICO: 1) HA SIDO TRATADO CON QUIMIOTERAPIA EN EL CONTEXTO NEOADYUVANTE, ADYUVANTE O METASTÁSICO, Y 2) SI ES CÁNCER DE MAMA CON RECEPTORES HORMONALES (HR) POSITIVOS, HA RECIBIDO TRATAMIENTO PREVIO CON TERAPIA ENDOCRINA O SE CONSIDERA INAPROPIADO PARA LA TERAPIA ENDOCRINA. CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO RESISTENTE A LA CASTRACIÓN: 1) RECIBIDO UNA ORQUIECTOMÍA BILATERAL, 2) NIVEL DE TESTOSTERONA CASTRADO (ES DECIR, INFERIOR A 50 NG/DL), O 3) USO CONCOMITANTE CON UN ANÁLOGO DE LA HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINA (GNRH).
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

TALQUETAMAB-TGVS

Productos afectados

- TALVEY

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la 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 aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

TARLATAMAB-DLLE

Productos afectados

- IMDELLTRA

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la 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 aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

TASIMELTEON

Productos afectados

- HETLIOZ LQ

- *tasimelton*

Criterios AP	Criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	VIDA
Otros criterios	TRASTORNO DEL SUEÑO-VIGILIA DE 24 HORAS: INSENSIBILIDAD A LA LUZ O CEGUERA TOTAL.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

TAZEMETOSTAT

Productos afectados

- TAZVERIK

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

TEBENTAFUSP-TEBN

Productos afectados

- KIMMTRAK

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la 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 aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

TECLISTAMAB-CQYV

Productos afectados

- TECVAYLI

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

TEDUGLUTIDA

Productos afectados

- GATTEX 30-VIAL

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	SÍNDROME DEL INTESTINO CORTO (SBS): INICIAL/RENOVACIÓN: PRESCRITO POR UN GASTROENTERÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL
Duración de la cobertura	INICIAL: 6 MESES, RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros criterios	SBS: INICIAL: DEPENDIENTE DE NUTRICIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA DEFINIDA COMO QUE REQUIERE NUTRICIÓN PARENTERAL AL MENOS TRES VECES POR SEMANA. RENOVACIÓN: LOGRÓ O MANTUVO UNA MENOR NECESIDAD DE SOPORTE PARENTERAL EN COMPARACIÓN CON EL INICIO.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

TELOTRISTAT

Productos afectados

- XERMELO

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	SÍNDROME CARCINOIDE DIARREA: PRESCRITO POR UN ONCÓLOGO O GASTROENTERÓLOGO O EN CONSULTA CON ELLOS
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

TEPOTINIB

Productos afectados

- TEPMETKO

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

TERIFLUNOMIDA

Productos afectados

- *teriflunomida*

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

TERIPARATIDA

Productos afectados

- *teriparatida inyectable subcutáneo en pluma 20 mcg/dosis (620mcg/2,48ml)*

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	24 MESES
Otros criterios	OSTEOPOROSIS: NO HA RECIBIDO UN TOTAL DE 24 MESES DE TRATAMIENTO ACUMULATIVO CON CUALQUIER TERAPIA DE HORMONA PARATIROIDEA, A MENOS QUE PERMANEZCA O HAYA VUELTO A TENER UN ALTO RIESGO DE FRACTURA.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

TESAMORELINA

Productos afectados

- EGRIFTA SV

Criterios AP	Criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	3 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

TESTOSTERONA

Productos afectados

- *gel transdérmico de testosterona en bomba dosificadora 12,5 mg/1,25 gramo (1 %), 20,25 mg/1,25 gramo (1,62 %)*
- *gel transdérmico de testosterona en envase 1 % (25 mg/2,5 gramos), 1 % (50 mg/5 gramos)*
- *testosterona solución transdérmica en bomba dosificadora c/app*

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	HIPOGONADISMO MASCULINO: INICIAL: CONFIRMADO POR: 1) AL MENOS DOS NIVELES DE TESTOSTERONA SÉRICA TOTAL INFERIORES A 300 NG/DL TOMADOS EN OCASIONES SEPARADAS, O 2) NIVEL DE TESTOSTERONA SÉRICA LIBRE INFERIOR A 5 NG/DL.
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros criterios	HIPOGONADISMO MASCULINO: INICIAL: 1) 40 AÑOS O MÁS: SE HA EVALUADO EL ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO (PSA) PARA EL CRIBADO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA. RENOVACIÓN: 1) 40 AÑOS O MÁS: SE HA EVALUADO EL PSA PARA EL CRIBADO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA, Y 2) MEJORÍA DE LOS SÍNTOMAS EN COMPARACIÓN CON EL INICIO Y TOLERANCIA AL TRATAMIENTO.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

CIPIONATO DE TESTOSTERONA

Productos afectados

- *cipionato de testosterona*

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	HIPOGONADISMO MASCULINO: INICIAL: CONFIRMADO POR: 1) AL MENOS DOS NIVELES DE TESTOSTERONA SÉRICA TOTAL INFERIORES A 300 NG/DL TOMADOS EN OCASIONES SEPARADAS, O 2) NIVEL DE TESTOSTERONA SÉRICA LIBRE INFERIOR A 5 NG/DL.
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros criterios	HIPOGONADISMO MASCULINO: INICIAL: 1) 40 AÑOS O MÁS: SE HA EVALUADO EL ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO (PSA) PARA EL CRIBADO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA. RENOVACIÓN: 1) 40 AÑOS O MÁS: SE HA EVALUADO EL PSA PARA EL CRIBADO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA, Y 2) MEJORÍA DE LOS SÍNTOMAS EN COMPARACIÓN CON EL INICIO Y TOLERANCIA AL TRATAMIENTO.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

ENANTATO DE TESTOSTERONA

Productos afectados

- *enantato de testosterona* - XYOSTED

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	HIPOGONADISMO MASCULINO: INICIAL: CONFIRMADO POR: 1) AL MENOS DOS NIVELES DE TESTOSTERONA SÉRICA TOTAL INFERIORES A 300 NG/DL TOMADOS EN OCASIONES SEPARADAS, O 2) NIVEL DE TESTOSTERONA SÉRICA LIBRE INFERIOR A 5 NG/DL.
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: PUBERTAD RETRASADA MASCULINA: 6MO, HIPOGONADISMO MASCULINO: 12 MO. OTRAS INDICACIONES: 12 MO.
Otros criterios	INICIAL: HIPOGONADISMO MASCULINO: 1) 40 AÑOS O MÁS: SE HA EVALUADO EL ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO (PSA) PARA EL CRIBADO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA. RENOVACIÓN: HIPOGONADISMO MASCULINO: 1) 40 AÑOS O MÁS: SE HA EVALUADO EL PSA PARA EL CRIBADO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA, Y 2) MEJORÍA DE LOS SÍNTOMAS EN COMPARACIÓN CON EL INICIO Y TOLERANCIA AL TRATAMIENTO. PUBERTAD RETRASADA MASCULINA: NO HA RECIBIDO MÁS DE DOS CICLOS DE 6 MESES DE TRATAMIENTO SUSTITUTIVO CON TESTOSTERONA.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

TETRABENAZINA

Productos afectados

- *tetrabenazina*

Criterios AP	Criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	ENFERMEDAD DE HUNTINGTON: RECETADO POR UN NEURÓLOGO O ESPECIALISTA EN TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO O EN CONSULTA CON EL MISMO
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

TEZACAFTOR/IVACAFTOR

Productos afectados

- SYMDEKO

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	FIBROSIS QUÍSTICA (CF): INICIAL: MUTACIÓN CONFIRMADA EN EL GEN CFTR ACEPTABLE PARA EL TRATAMIENTO DE LA FIBROSIS QUÍSTICA.
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	CF: INICIAL: PRESCRITO POR UN NEUMÓLOGO O UN EXPERTO EN FIBROSIS QUÍSTICA, O EN CONSULTA CON ELLOS.
Duración de la cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: DE POR VIDA
Otros criterios	CF: RENOVACIÓN: 1) MANTENIMIENTO, MEJORA O DISMINUCIÓN INFERIOR A LA ESPERADA DE LA FEV1 O DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC), O 2) REDUCCIÓN DEL NÚMERO DE EXACERBACIONES PULMONARES.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

TALIDOMIDA

Productos afectados

- THALOMID

Criterios AP	Criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

TILDRAKIZUMAB-ASMN

Productos afectados

- ILUMYA

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	PSORIASIS EN PLACAS (PSO): INICIAL: PSORIASIS QUE CUBRE EL 3% O MÁS DE LA SUPERFICIE CORPORAL O LESIONES PSORIÁSICAS QUE AFECTAN A LAS MANOS, LOS PIES, LA ZONA GENITAL O LA CARA.
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	PSO: INICIAL: PRESCRITO POR UN DERMATÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL.
Duración de la cobertura	INICIAL: 6 MESES, RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	PSO: INICIAL: 1) PRUEBA DE O CONTRAINDICACIÓN A DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: COSENTYX, ENBREL, HUMIRA, STELARA, SKYRIZI, TREMFYA, OTEZLA, Y 2) NO USO CONCURRENTE CON OTRO BIOLÓGICO SISTÉMICO O PEQUEÑAS MOLÉCULAS DIRIGIDAS (POR EJEMPLO, INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE. RENOVACIÓN: 1) SIGUE BENEFICIÁNDOSE DE LA MEDICACIÓN, Y 2) NO SE UTILIZA SIMULTÁNEAMENTE CON OTRO BIOLÓGICO SISTÉMICO O PEQUEÑAS MOLÉCULAS DIRIGIDAS (POR EJEMPLO, INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

TISLELIZUMAB-JSGR

Productos afectados

- TEVIMBRA

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

TISOTUMAB VEDOTIN-TFTV

Productos afectados

- TIVDAK

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

TIVOZANIB

Productos afectados

- FOTIVDA

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

TOCILIZUMAB IV

Productos afectados

- ACTEMRA

Criterios de la AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	ENFERMEDAD POR CORONAVIRUS 2019 (COVID-19) EN ADULTOS HOSPITALIZADOS
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	INICIAL: ARTRITIS REUMATOIDE (RA), ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL POLIARTICULAR (PJIA): PRESCRITA POR UN REUMATÓLOGO O EN CONSULTA CON EL MISMO. ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL SISTÉMICA (SJIA): PRESCRITA POR O EN CONSULTA CON UN REUMATÓLOGO, DERMATÓLOGO O INMUNÓLOGO.
Duración de la cobertura	INICIAL: RA, PJIA, SJIA, GCA: 6 MESES. CRS: 1 MES. RENOVACIÓN: RA, PJIA, SJIA, GCA: 12 MESES.
Otros criterios	INICIAL: RA: PRUEBA DE O CONTRAINDICACIÓN A DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: ENBREL, HUMIRA, XELJANZ, RINVOQ, ORENCIA. PJIA: 1) PRUEBA DE O CONTRAINDICACIÓN A DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: ENBREL, HUMIRA, XELJANZ IR, ORENCIA, Y 2) NO USO CONCURRENTES CON OTRO BIOLÓGICO SISTÉMICO O PEQUEÑAS MOLÉCULAS DIRIGIDAS (POR EJEMPLO, INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE. SJIA: 1) PRUEBA DE O CONTRAINDICACIÓN A UN DMARD (FÁRMACO ANTIRREUMÁTICO MODIFICADOR DE LA ENFERMEDAD), Y 2) NO USO CONCURRENTES CON OTRO BIOLÓGICO SISTÉMICO O PEQUEÑAS MOLÉCULAS DIRIGIDAS (POR EJEMPLO, INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE. RENOVACIÓN: RA: SIGUE BENEFICIÁNDOSE DE LA MEDICACIÓN. PJIA, SJIA: 1) SIGUE BENEFICIÁNDOSE DE LA MEDICACIÓN, Y 2) NO SE UTILIZA SIMULTÁNEAMENTE CON OTRO BIOLÓGICO SISTÉMICO O PEQUEÑAS MOLÉCULAS DIRIGIDAS (POR EJEMPLO, INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA

INDICACIÓN AUTOINMUNE.

Actualizado 10/2024

Criterios de la AP	Detalles de los criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

TOCILIZUMAB SQ

Productos afectados

- ACTEMRA - ACTEMRA ACTPEN

Criterios AP	Criterios
Criterios de exclusión	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Información médica obligatoria	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Restricciones de edad	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Restricciones para los prescriptores	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Duración de la cobertura	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Otros criterios	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Indicaciones	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Otros usos	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

TOFACITINIB

Productos afectados

- XELJANZ - XELJANZ XR

Criterios AP	Criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	<p>INICIAL: ARTRITIS REUMATOIDE (RA), ESPONDILITIS ANQUILOSANTE (AS), ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL DE CURSO POLIARTICULAR (PCJIA): PRESCRITO POR UN REUMATÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉSTE. ARTRITIS PSORIÁSICA (APS): PRESCRITA POR UN REUMATÓLOGO O DERMATÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉSTOS. COLITIS ULCEROSA (UC): PRESCRITA POR UN GASTROENTERÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉSTE.</p>
Duración de la cobertura	<p>INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.</p>
Otros criterios	<p>INICIAL: RA: PRUEBA DE O CONTRAINDICACIÓN A 3 MESES DE TRATAMIENTO CON UN DMARD (FÁRMACO ANTIRREUMÁTICO MODIFICADOR DE LA ENFERMEDAD) - SI UN PACIENTE PROBÓ METOTREXATO, ENTONCES SE REQUIERE PRUEBA A UNA DOSIS MAYOR O IGUAL A 20 MG POR SEMANA O DOSIS MÁXIMA TOLERADA. PSA, PCJIA: 1) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN A UN DMARD, Y 2) NO USO CONCURRENTES CON OTRO BIOLÓGICO SISTÉMICO O PEQUEÑAS MOLÉCULAS DIRIGIDAS (POR EJEMPLO, INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE. AS: 1) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UN NSAID, Y 2) NO USO CONCOMITANTE CON OTRO BIOLÓGICO SISTÉMICO O PEQUEÑAS MOLÉCULAS DIRIGIDAS (POR EJEMPLO, INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE. CU: 1) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UN TRATAMIENTO CONVENCIONAL</p>

	(POR EJEMPLO, CORTICOSTEROIDE [POR EJEMPLO, BUDESONIDA, METILPREDNISOLONA], AZATIOPRINA,
Criterios AP	Criterios
	MERCAPTOPURINA, METOTREXATO, MESALAMINA), Y 2) NO USO CONCURRENTE CON OTRO BIOLÓGICO SISTÉMICO O PEQUEÑAS MOLÉCULAS DIRIGIDAS (POR EJEMPLO, INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE. RENOVACIÓN: RA: SIGUE BENEFICIÁNDOSE DE LA MEDICACIÓN. PSA, AS, PCJIA: 1) CONTINÚA BENEFICIÁNDOSE DE LA MEDICACIÓN, Y 2) NO SE UTILIZA SIMULTÁNEAMENTE CON OTRO BIOLÓGICO SISTÉMICO O PEQUEÑAS MOLÉCULAS DIRIGIDAS (POR EJEMPLO, INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE. CU: NINGÚN USO CONCOMITANTE CON OTRO BIOLÓGICO SISTÉMICO O PEQUEÑAS MOLÉCULAS DIRIGIDAS (POR EJEMPLO, INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

TOLVAPTAN

Productos afectados

- JYNARQUE COMPRIMIDO ORAL - JYNARQUE COMPRIMIDOS ORALES, SECUENCIAL

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	POLIQUISTOSIS RENAL AUTOSÓMICA DOMINANTE (ADPKD): INICIAL: 1) POLIQUISTOSIS RENAL CONFIRMADA MEDIANTE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA, RESONANCIA MAGNÉTICA O ECOGRAFÍA, Y 2) PRUEBAS GENÉTICAS PARA MUTACIONES CAUSALES O ANTECEDENTES FAMILIARES DE POLIQUISTOSIS RENAL CONFIRMADA EN UNO O AMBOS PROGENITORES.
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	ADPKD: INICIAL: PRESCRITO POR UN NEFRÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL.
Duración de la cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	ADPKD: INICIAL: NO TIENE ESRD (ES DECIR, RECIBE DIÁLISIS O SE HA SOMETIDO A UN TRASPLANTE RENAL). RENOVACIÓN: NO HA PROGRESADO A ESRD/DIÁLISIS O TRASPLANTE.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

TRETINOÍNA TÓPICA

Productos afectados

- ALTRENO - *tretinoína*

Criterios de la AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	INDICACIONES COSMÉTICAS COMO ARRUGAS, FOTOENVEJECIMIENTO, MELASMA.
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	ACNÉ VULGAR: LA TRETINOÍNA TÓPICA DE MARCA REQUIERE LA PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UN PRODUCTO GENÉRICO DE TRETINOÍNA TÓPICA.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

TORIPALIMAB-TPZI

Productos afectados

- LOQTORZI

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	CARCINOMA NASOFARÍNGEO (CNF): TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA: 24 MESES, TRATAMIENTO PREVIO: VIDA.
Otros criterios	ESTE MEDICAMENTO TAMBIÉN REQUIERE DETERMINACIÓN DE PAGO Y PUEDE ESTAR CUBIERTO POR MEDICARE PARTE B O D.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

TOVORAFENIB

Productos afectados

- OJEMDA SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN
- OJEMDA COMPRIMIDO ORAL

Criterios AP	Criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

TRAMETINIB SOLUCIÓN

Productos afectados

- MEKINIST ORAL RECON SOLN

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	MELANOMA NO RESECABLE O METASTÁSICO, MELANOMA, CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO (CPNM) METASTÁSICO, CÁNCER ANAPLÁSICO DE TIROIDES (CTA) LOCALMENTE AVANZADO O METASTÁSICO, TUMOR SÓLIDO NO RESECABLE O METASTÁSICO, GLIOMA DE BAJO GRADO (GBI): INCAPAZ DE TRAGAR LOS COMPRIMIDOS DE MEKINIST.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

TRAMETINIB COMPRIMIDO

Productos afectados

- MEKINIST COMPRIMIDO ORAL 0,5 MG, 2 MG

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

TRASTUZUMAB-ANNS

Productos afectados

- KANJINTI

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	CÁNCER DE MAMA ADYUVANTE, CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO: PRUEBA DE O CONTRAINDICACIÓN A UNO DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: HERZUMA, OGIVRI, ONTRUZANT, TRAZIMERA. ESTE MEDICAMENTO TAMBIÉN REQUIERE DETERMINACIÓN DE PAGO Y PUEDE ESTAR CUBIERTO POR MEDICARE PARTE B O D.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

TRASTUZUMAB-DKST

Productos afectados

- OGIVRI

Criterios AP	Criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la 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 aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

TRASTUZUMAB-DTTB

Productos afectados

- ONTRUZANT

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la 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 aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

TRASTUZUMAB-HIALURONIDASA-OYSK

Productos afectados

- HERCEPTIN HYLECTA

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	CÁNCER DE MAMA ADYUVANTE, CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO: PRUEBA DE O CONTRAINDICACIÓN A UNO DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: HERZUMA, OGIVRI, ONTRUZANT, TRAZIMERA.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

TRASTUZUMAB-PKRB

Productos afectados

- HERZUMA

Criterios AP	Criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la 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 aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

TRASTUZUMAB-QYYP

Productos afectados

- TRAZIMERA

Criterios de la AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la 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 aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

TREMELIMUMAB-ACTL

Productos afectados

- IMJUDO

Criterios AP	Criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	UHCC: 30 DÍAS. CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO METASTÁSICO (CPNM): 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 aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

TREPROSTINIL INHALADO

Productos afectados

- TYVASO

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	INICIAL: HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR (HAP), HIPERTENSIÓN PULMONAR-ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL (HPI): DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR CATETERISMO CARDÍACO DERECHO CON LOS SIGUIENTES PARÁMETROS: 1) PRESIÓN ARTERIAL PULMONAR MEDIA (PAP) SUPERIOR A 20 MMHG, 2) PRESIÓN CAPILAR PULMONAR EN CUÑA (PCWP) IGUAL O INFERIOR A 15 MMHG, Y 3) RESISTENCIA VASCULAR PULMONAR (PVR) SUPERIOR A 2 UNIDADES WOOD.
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	INICIAL: PAH, PH-ILD: PRESCRITO POR O EN CONSULTA CON UN CARDIÓLOGO O NEUMÓLOGO.
Duración de la cobertura	INICIAL: PAH: 12 MESES, PH-ILD: 6 MESES. RENOVACIÓN: PAH, PH-ILD: 12 MESES.
Otros criterios	INICIAL: PAH: PRUEBA DE O CONTRAINDICACION A DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES DE DIFERENTES CLASES DE MEDICAMENTOS: 1) VERSION DEL FORMULARIO DE UN ANTAGONISTA ORAL DEL RECEPTOR DE ENDOTELINA, 2) VERSION DEL FORMULARIO DE UN INHIBIDOR ORAL DE FOSFODIESTERASA TIPO-5 PARA PAH, 3) VERSION DEL FORMULARIO DE UN ESTIMULADOR ORAL DE CGMP, 4) VERSION DEL FORMULARIO DE UNA PROSTACICLINA IV/SQ. ESTE MEDICAMENTO PUEDE ESTAR CUBIERTO POR MEDICARE PARTE B O D DEPENDIENDO DE LAS CIRCUNSTANCIAS.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

TREPROSTINIL INYECTABLE

Productos afectados

- *treprostinil sódico*

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR (HAP): INICIAL: DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR CATETERISMO CARDÍACO DERECHO CON LOS SIGUIENTES PARÁMETROS: 1) PRESIÓN ARTERIAL PULMONAR MEDIA (PAP) SUPERIOR A 20 MMHG, 2) PRESIÓN CAPILAR PULMONAR EN CUÑA (PCWP) IGUAL O INFERIOR A 15 MMHG, Y 3) RESISTENCIA VASCULAR PULMONAR (PVR) SUPERIOR A 2 UNIDADES WOOD.
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	PAH: INICIAL: PRESCRITO POR O EN CONSULTA CON UN CARDIÓLOGO O NEUMÓLOGO.
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros criterios	PAH: INICIAL: 1) CONTINUACIÓN DE LA TERAPIA DESDE EL ALTA HOSPITALARIA, 2) NUEVO COMIENZO Y EL MÉDICO INDICÓ QUE EL PACIENTE ES DE RIESGO INTERMEDIO O ALTO, O 3) NUEVO COMIENZO Y PRUEBA DE O CONTRAINDICACIÓN A DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES DE DIFERENTES CLASES DE MEDICAMENTOS: (A) VERSIÓN DEL FORMULARIO DE UN ANTAGONISTA ORAL DEL RECEPTOR DE ENDOTELINA, (B) VERSIÓN DEL FORMULARIO DE UN INHIBIDOR ORAL DE LA FOSFODIESTERASA TIPO 5 PARA PAH, (C) VERSIÓN DEL FORMULARIO DE UN ESTIMULADOR ORAL DE CGMP. ESTE MEDICAMENTO TAMBIÉN REQUIERE DETERMINACIÓN DE PAGO Y PUEDE ESTAR CUBIERTO POR MEDICARE PARTE B O D.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Otros usos	
Criterios de AP	Detalles de los criterios
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

CÁPSULA DE TRIENTINA

Productos afectados

- *trientina cápsula oral 250 mg*

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	ENFERMEDAD DE WILSONS: INICIAL: PRESCRITO POR O EN CONSULTA CON UN HEPATÓLOGO O GASTROENTERÓLOGO.
Duración de la cobertura	INICIAL: 12 MESES, RENOVACIÓN: DE POR VIDA.
Otros criterios	ENFERMEDAD DE WILSONS: INICIAL: 1) PUNTUACIÓN DE LEIPZIG IGUAL O SUPERIOR A 4, Y 2) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE LA VERSIÓN DE COMPRIMIDOS DE PENICILAMINA DEL FORMULARIO. RENOVACIÓN: SIGUE BENEFICIÁNDOSE DE LA MEDICACIÓN.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

TRIFLURIDINA/TIPIRACILO

Productos afectados

- LONSURF COMPRIMIDO ORAL
15-6,14 MG, 20-8,19 MG

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

TRIPTORELIN-TRELSTAR

Productos afectados

- TRELSTAR SUSPENSIÓN
INTRAMUSCULAR PARA
RECONSTITUCIÓN

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la 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 aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

TUCATINIB

Productos afectados

- TUKYSA COMPRIMIDO ORAL 150 MG, 50 MG

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

UBROGEPANT

Productos afectados

- UBRELVY

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA AGUDA: INICIAL: 1) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UN TRIPTÁN (POR EJEMPLO, SUMATRIPTÁN, RIZATRIPTÁN), Y 2) NO USO CONCOMITANTE CON OTROS INHIBIDORES DE LA CGRP PARA EL TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA AGUDA. RENOVACIÓN: 1) NINGÚN USO CONCURRENTES CON OTROS INHIBIDORES DE LA CGRP PARA EL TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA AGUDA, Y 2) UNO DE LOS SIGUIENTES: (A) MEJORA CON RESPECTO AL INICIO EN UN CUESTIONARIO VALIDADO DE RESULTADOS DEL TRATAMIENTO AGUDO COMUNICADO POR EL PACIENTE, O (B) LA TERAPIA FUNCIONA DE FORMA CONSISTENTE EN LA MAYORÍA DE LOS ATAQUES DE MIGRAÑA.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

UPADACITINIB

Productos afectados

- RINVOQ - RINVOQ LQ

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	<p>INICIAL: ESPONDILOARTRITIS AXIAL NO RADIOGRÁFICA (NR-AXSPA): 1) NIVELES DE PROTEÍNA C REACTIVA POR ENCIMA DEL LÍMITE SUPERIOR DE LA NORMALIDAD, O 2) SACROILEÍTIS EN LA RESONANCIA MAGNÉTICA (RM). DERMATITIS ATÓPICA (AD): DERMATITIS ATÓPICA QUE CUBRE AL MENOS EL 10 POR CIENTO DE LA SUPERFICIE CORPORAL O DERMATITIS ATÓPICA QUE AFECTA A LA CARA, CABEZA, CUELLO, MANOS, PIES, INGLE O ZONAS INTERTRIGINOSAS.</p>
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	<p>INICIAL: ARTRITIS REUMATOIDE (RA), ESPONDILITIS ANQUILOSANTE (AS), NR-AXSPA: PRESCRITA POR UN REUMATÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉSTE. ARTRITIS PSORIÁSICA: PRESCRITO POR UN REUMATÓLOGO O DERMATÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉSTOS. EA: PRESCRITO POR UN DERMATÓLOGO, ALERGÓLOGO O INMUNÓLOGO, O EN CONSULTA CON ÉSTOS. COLITIS ULCEROSA (UC), ENFERMEDAD DE CROHN (CD): PRESCRITOS POR UN GASTROENTERÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉSTE.</p>
Duración de la cobertura	<p>INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.</p>
Otros criterios	<p>INICIAL: RA: PRUEBA DE O CONTRAINDICACIÓN A 3 MESES DE TRATAMIENTO CON UN DMARD (FÁRMACO ANTIRREUMÁTICO MODIFICADOR DE LA ENFERMEDAD) - SI UN PACIENTE PROBÓ METOTREXATO, ENTONCES SE REQUIERE PRUEBA A UNA DOSIS MAYOR O IGUAL A 20 MG POR SEMANA O DOSIS MÁXIMA TOLERADA. PSA: 1) PRUEBA DE O CONTRAINDICACIÓN A UN DMARD, Y 2) NO USO CONCURRENTES CON OTRO BIOLÓGICO SISTÉMICO O PEQUEÑAS MOLÉCULAS DIRIGIDAS (POR EJEMPLO, INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE. AD: 1) PRURITO INTRATABLE O</p>

	AGRIETAMIENTO/HORMIGUEO/SANGRADO
--	----------------------------------

Actualizado 10/2024

Criterios AP	Detalles de los criterios
	<p>DE LA PIEL AFECTADA, 2) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UN CORTICOSTEROIDE TÓPICO, UN INHIBIDOR TÓPICO DE LA CALCINEURINA, UN INHIBIDOR TÓPICO DE LA PDE4 O UN INHIBIDOR TÓPICO DE LA JAK, Y 3) NO USO SIMULTÁNEO CON OTROS PRODUCTOS BIOLÓGICOS SISTÉMICOS PARA LA DERMATITIS ATÓPICA U OTROS INHIBIDORES DE LA JAK PARA CUALQUIER INDICACIÓN. UC, CD: 1) PRUEBA DE O CONTRAINDICACIÓN A UNA TERAPIA CONVENCIONAL (POR EJEMPLO, CORTICOSTEROIDE [POR EJEMPLO, BUDESONIDA, METILPREDNISOLONA], AZATIOPRINA, MERCAPTOPURINA, METOTREXATO, MESALAMINA), Y 2) NO USO CONCURRENTES CON OTRO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (POR EJEMPLO, INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE. AS, NR-AXSPA: 1) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UN NSAID (ANTIINFLAMATORIO NO ESTEROIDEO), Y</p> <p>2) NO USO CONCURRENTES CON OTRO BIOLÓGICO SISTÉMICO O PEQUEÑAS MOLÉCULAS DIRIGIDAS (POR EJEMPLO, INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE. RENOVACIÓN: RA: CONTINÚA BENEFICIÁNDOSE DE LA MEDICACIÓN. AD: 1) MEJORÍA DURANTE EL TRATAMIENTO, Y 2) NO USO CONCOMITANTE CON OTROS BIOLÓGICOS SISTÉMICOS PARA LA DERMATITIS ATÓPICA U OTRO INHIBIDOR DE JAK PARA CUALQUIER INDICACIÓN. PSA, AS, NR-AXSPA: 1) CONTINÚA BENEFICIÁNDOSE DE LA MEDICACIÓN, Y 2) NO USO CONCURRENTES CON OTRO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (POR EJEMPLO, INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE. CU, EC: NINGÚN USO CONCOMITANTE CON OTRO FÁRMACO BIOLÓGICO SISTÉMICO O PEQUEÑAS MOLÉCULAS DIRIGIDAS (POR EJEMPLO, INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE.</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

USTEKINUMAB

Productos afectados

- STELARA

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Información médica obligatoria	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Restricciones de edad	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Restricciones para los prescriptores	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Duración de la cobertura	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Otros criterios	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Indicaciones	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Otros usos	Criterios PA: Pendiente de aprobación por la CMS
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

USTEKINUMAB IV

Productos afectados

- STELARA

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	ENFERMEDAD DE CROHN (EC), COLITIS ULCEROSA (CU): PRESCRITO POR UN GASTROENTERÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL.
Duración de la cobertura	2 MESES
Otros criterios	EC, CU: 1) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN A UNA TERAPIA CONVENCIONAL (POR EJEMPLO, CORTICOSTEROIDE [POR EJEMPLO, BUDESONIDA, METILPREDNISOLONA], AZATIOPRINA, MERCAPTOPURINA, METOTREXATO, MESALAMINA), Y 2) NO USO CONCURRENTES CON OTRO BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (POR EJEMPLO, INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA UNA INDICACIÓN AUTOINMUNE. ESTE MEDICAMENTO TAMBIÉN REQUIERE DETERMINACIÓN DE PAGO Y PUEDE ESTAR CUBIERTO POR MEDICARE PARTE B O D.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

VALBENAZINE

Productos afectados

- INGREGZA
- INGREGZA INICIACIÓN PK(TARDIV)
- INGREGZA ESPOLVOREAR

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	<p>DISCINESIA TARDÍA (DT): PRESCRITA POR UN NEURÓLOGO, PSIQUIATRA O ESPECIALISTA EN TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO, O EN CONSULTA CON ELLOS. COREA ASOCIADA A LA ENFERMEDAD DE HUNTINGTONS: PRESCRITA POR UN NEURÓLOGO O UN ESPECIALISTA EN TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO, O EN CONSULTA CON LOS MISMOS.</p>
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	TD: ANTECEDENTES DE USO DE AGENTES QUE CAUSAN DISCINESIA TARDÍA.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

VANDETANIB

Productos afectados

- CAPRELSA COMPRIMIDO ORAL
100 MG, 300 MG

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	ACTUALMENTE ESTABLE EN CAPRELSA NO REQUIERE NINGÚN CRITERIO ADICIONAL.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

VEMURAFENIB

Productos afectados

- ZELBORAF

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	MELANOMA: ZELBORAF SE UTILIZARÁ SOLO O EN COMBINACIÓN CON COTELLIC
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

VENETOCLAX

Productos afectados

- VENCLEXTA COMPRIMIDOS ORALES 10 MG, 100 MG, 50 MG
- VENCLEXTA ENVASE INICIAL

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

VERICIGUAT

Productos afectados

- VERQUVO

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN:12 MESES.
Otros criterios	<p>INSUFICIENCIA CARDIACA (HF): INICIAL: 1) NO USO CONCURRENTEMENTE CON NITRATOS DE ACCIÓN PROLONGADA O DONANTES DE ÓXIDO NÍTRICO, RIOCIGUAT O INHIBIDORES DE LA PDE-5, 2) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UN INHIBIDOR DE LA SGLT-2 PREFERIDO, Y 3) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UN AGENTE DE CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES CLASES DE TRATAMIENTO ESTÁNDAR: (A) INHIBIDOR DEL AS, ARB O ARNI, (B) BETABLOQUEANTE (ES DECIR, BISOPROLOL, CARVEDILOL, SUCCINATO DE METOPROLOL), O (C) ANTAGONISTA DE LA ALDOSTERONA (ES DECIR, ESPIRONOLACTONA, EPLERENONA). RENOVACIÓN: NO UTILIZAR SIMULTÁNEAMENTE CON NITRATOS DE ACCIÓN PROLONGADA O DONANTES DE ÓXIDO NÍTRICO, RIOCIGUAT O INHIBIDORES DE LA PDE-5.</p>
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

VIGABATRINA

Productos afectados

- *vigabatrín*
- *vigadrone*

- *vigpoder*

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	CRISIS PARCIALES COMPLEJAS (CPS) REFRACTARIAS, ESPASMOS INFANTILES: PRESCRITOS POR UN NEURÓLOGO O EN CONSULTA CON ÉL.
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	CPS: PRUEBA DE O CONTRAINDICACIÓN A DOS AGENTES ANTIEPILÉPTICOS.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

VISMODEGIB

Productos afectados

- ERIVEDGE

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

VORASIDENIB

Productos afectados

- VORANIGO

Criterios de AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

SUSPENSIÓN DE VORICONAZOL

Productos afectados

- *voriconazol suspensión oral para reconstitución*

Criterios de AP	Criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	INFECCIONES POR CÁNDIDA: 3 MESES CONTINUACIÓN DE LA TERAPIA, TODAS LAS DEMÁS INDICACIONES: 6 MESES.
Otros criterios	INFECCIONES POR CÁNDIDA: 1) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE FLUCONAZOL, Y 2) INCAPACIDAD PARA TRAGAR COMPRIMIDOS. TODAS LAS INDICACIONES EXCEPTO CANDIDIASIS ESOFÁGICA: INCAPACIDAD PARA TRAGAR COMPRIMIDOS. LA CONTINUACIÓN DEL TRATAMIENTO TRAS EL ALTA HOSPITALARIA NO REQUIERE CRITERIOS ADICIONALES.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

ZANUBRUTINIB

Productos afectados

- BRUKINSA

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

ZURANOLONA

Productos afectados

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

Criterios AP	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica obligatoria	
Restricciones de edad	
Restricciones para los prescriptores	
Duración de la cobertura	14 DÍAS
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Otros usos	
Parte B Requisitos previos	No

Actualizado 10/2024

ÍNDICE

1

1ER NIVEL PENTP UNIFINO 5MM 31G	174, 184, 185
1ER NIVEL UNIFINE PNTIP 4MM 32G	174, 184, 185
1ER NIVEL UNIFINE PNTIP 6MM 31G	174, 184, 185
1ER NIVEL UNIFINE PNTIP 8MM 31G STRL,SINGLE-USE,SHRT ..	174, 184, 185
1ER NIVEL UNIFINE PNTIP 29GX1/2	174, 184, 185
1ER NIVEL UNIFINE PNTIP 31GX3/16	174, 184, 185
1ER NIVEL UNIFINE PNTIP 32GX5/32	174, 184, 185

A

abiraterona	7
ABOUTTIME AGUJA PLUMA 30G X 8MM174	184, 185
ABOUTTIME AGUJA PLUMA 31G X 5MM174	184, 185
ABOUTTIME AGUJA PLUMA 31G X 8MM174	184, 185
ABOUTTIME AGUJA PLUMA 32G X 4MM174	184, 185
ACTEMRA378	379, 380
ACTEMRA ACTPEN	380
ACTHAR	74
ACTHAR SELFJECT PLUMA INYEKTORA SUBCUTÁNEA 40 UNIDAD/0,5 ML, 80 UNIDAD/ML	74
ACTIMMUNE	189
ADEMPAS311	312
ADVOCATE INS 0,3 ML 30GX5/16.	174, 184, 185
ADVOCATE INS 0,3 ML 31GX5/16.	174, 184, 185
ADVOCATE INS 0,5 ML 30GX5/16.	174, 184, 185
ADVOCATE INS 0,5 ML 31GX5/16.	174, 184, 185
ADVOCATE INS 1 ML 31GX5/16	174, 184, 185

ADVOCATE INS SYR 0,3 ML 29GX1/2	174, 184, 185
ADVOCATE INS SYR 0,5 ML 29GX1/2	174, 184, 185
ADVOCATE INS SYR 1 ML 29GX1/2	174, 184, 185
ADVOCATE INS SYR 1 ML 30GX5/16	174, 184, 185
BOLÍGRAFO ADVOCATE NDL 12,7MM 29G	174, 184, 185
ADVOCATE AGUJA PLUMA 32G 4MM	174, 184, 185
ADVOCATE PEN AGUJA 4MM 33G	174, 184, 185
ADVOCATE PEN AGUJAS 5MM 31G	174, 184, 185
ADVOCATE PEN AGUJAS 8MM 31G	174, 184, 185
AUTOINYECTOR AJOVY	139
JARABE AJOVY	139
AKEEGA	249
TORUNDAS CON ALCOHOL AL 70%	174, 184, 185
PASTILLAS DE ALCOHOL	174 , 184, 185
HISOPOS CON ALCOHOL	174, 184, 185
TOALLITAS CON ALCOHOL	174 , 184, 185
ALECENSA	15
ALTRENO	384
ALUNBRIG COMPRIMIDO ORAL 180 MG, 30 MG, 90 MG	55
ALUNBRIG COMPRIMIDOS ORALES,ENVASE DOSIFICADOR	55
ALVAIZ	112
alyq	353
ambrisentan	17
ANKTIVA	254
apomorfina	23
AQINJECT PLUMA AGUJA 31G 5MM	174, 184, 185
AQINJECT AGUJA PLUMA 32G 4MM	174, 184, 185
ARCALYST307	308

ARIKAYCE	18
armodafinil	241

ASSURE ID DUO PRO NDL 31G 5MM	.....174, 184, 185
ASEGURAR ID DUO-SHIELD 30GX3/16	.....174, 184, 185
ASEGURAR ID DUO-SHIELD 30GX5/16	.....174, 184, 185
JERINGA SEGURIDAD INSULINA 1 ML 29 GAUGE X 1/2	174, 184, 185
ASSURE ID AGUJA PLUMA 30GX3/16	.....174, 184, 185
ASSURE ID AGUJA PLUMA 30GX5/16	.....174, 184, 185
AGUJA PARA BOLÍGRAFO ASSURE ID 31GX3/16	.....174, 184, 185
ASSURE ID PRO PEN NDL 30G 5MM	.....174, 184, 185
ASEGURAR ID SYR 0,5 ML 29GX1/2 .	174, 184, 185
ASSURE ID SYR 0.5 ML 31GX15/64	.....174, 184, 185
ASEGURAR ID SYR 1 ML 31GX15/64.	174, 184, 185
AUGTYRO.....	300
AUSTEDO COMPRIMIDO ORAL 12 MG, 6	
MG, 9 MG	90
AUSTEDO XR COMPRIMIDO ORAL LIBERACIÓN PROLONGADA 24 H 12	
MG, 18 MG, 24 MG, 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG, 6 MG	90
AUSTEDO XR VALORACIÓN KT(WK1- 4)	.....90
AVONEX INTRAMUSCULAR PEN KIT INYECTOR	186
KIT JERINGA INTRAMUSCULAR AVONEX.....	186
AVONEX PEN 30 MCG/0,5 ML	186
AVSOLA169	170
AYVAKIT	33
B	
BALVERSA COMPRIMIDO ORAL 3 MG, 4	
MG, 5 MG	122
BD AUTOSHIELD DUO NDL 5MMX30G	.....174, 184, 185
BD ECLIPSE 30GX1/2174 ,	184, 185

BD ECLIPSE AGUJA 30GX1/2	174, 184, 185	.....175, 184, 185
BD INS SYR 0,3 ML 8MMX31G(1/2)	.....174, 184, 185	.....175, 184, 185
JERINGA BD INS 1/2 ML 6MMX31G (SÓLO PARA INSULINA 500 UNIDADES/ML)	.....174, 184, 185	.....175, 184, 185
BD INS SYRN UF 1 ML 12.7MMX30G NO DESTINADO A LA VENTA AL POR MENOR	.....174,184	
	185	
BD INSULINA SYR 1 ML 25GX1	174, 184, 185	
BD INSULINA SYR 1 ML 25GX5/8 ..	174, 184, 185	
BD INSULINA JERINGA 1 ML 26GX1/2	.....174, 184, 185	
BD INSULINA JERINGA 1 ML 27GX5/8	.....174, 184, 185	
BD INSULINA SYR 1 ML 28GX1/2 ..	174, 184, 185	
JERINGA INSULINA BD 1 ML SIN AGUJA174.....	184, 185	
BD JERINGA LUER-LOK 1 ML.....	174, 184, 185	
BOLÍGRAFO BD NANO 2 GEN NDL 32G 4MM	.....174, 184, 185	
BD SAFETGLD INS 0,3 ML 29G 13MM	.....174, 184, 185	
BD SAFETGLD INS 0,5 ML 13MMX29G	.....174, 184, 185	
BD SAFETYGLD INS 0,3 ML 31G 8MM	.....174, 184, 185	
BD SAFETYGLD INS 0,5 ML 30G 8MM	.....174, 184, 185	
BD SAFETYGLD INS 1 ML 29G 13MM	.....175, 184, 185	
BD SAFETYGLID INS 1 ML 6MMX31G	.....175, 184, 185	
BD SAFETYGLIDE JERINGA 27GX5/8	.....175, 184, 185	
BD SAFTYGLD INS 0,3 ML 6MMX31G		

BD HISOPO DE UN SOLO USO .. 175,
184, 185 BD MICRO AGUJA UF
6MMX32G175....., 184, 185
BD UF MINI AGUJA PLUMA 5MMX31G
.....175, 184, 185
BD UF NANO PEN AGUJA 4MMX32G
.....175, 184, 185
BOLÍGRAFO BD UF ORIG NDL
12,7MMX29G
.....175, 184, 185
BD UF AGUJA CORTA PARA
BOLÍGRAFO 8MMX31G175 , 184,
185
BD VEO INS 0,3 ML 6MMX31G (1/2)
.....175, 184, 185
BD VEO INS JERINGA 1 ML 6MMX31G
.....175, 184, 185
BD VEO INS SYRN 0,3 ML 6MMX31G
.....175, 184, 185
BD VEO INS SYRN 0,5 ML 6MMX31G
.....175, 184, 185
bendamustine intravenous recon soln 43
BENDAMUSTINE INTRAVENOUS
SOLUCIÓN43
BENDEKA43
BENLYSTA SUBCUTÁNEO.....40
BESREMI321
betaína46
BETASERON SUBCUTÁNEO KIT
.....187
bexaroteno50
GASA RIBETEADA2175, 184,
185
bortezomib inyectable52
bosentan.....53
BOSULIF CÁPSULA ORAL 100 MG, 50
MG54
BOSULIF COMPRIMIDO ORAL 100
MG, 400
MG, 500 MG54
BRAFTOVI115
BRUKINSA417
C
KIT DE INYECCIÓN CABLIVI64
CABOMETYX COMPRIMIDO ORAL 20
MG, 40 MG, 60 MG59
CALQUENCE9
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL)

.....9

CAPRELSA COMPRIMIDO ORAL 100
 MG, 300MG409
 AGUJA PARA BOLÍGRAFO CAREFINE
 12,7MM 29G
175, 184, 185
 AGUJA PLUMA CAREFINE 4MM 32G
175, 184, 185
 AGUJA PLUMA CAREFINE 5MM 32G
175, 184, 185
 AGUJA PARA BOLÍGRAFO CAREFINE
 6MM 31G
175, 184, 185
 AGUJA PLUMA CAREFINE 8MM 30G
175, 184, 185
 CAREFINE PEN AGUJAS 6MM 32G
175, 184, 185
 CAREFINE PEN AGUJAS 8MM 31G
175, 184, 185
 ALMOHADILLA DE PREPARACIÓN
 CARETOUCH ALCOHOL 70%175
, 184, 185
 CARETOUCH AGUJA PLUMA 29G
 12MM175, 184, 185
 AGUJA PARA BOLÍGRAFO
 CARETOUCH 31GX1/4
175, 184, 185
 AGUJA PARA BOLÍGRAFO
 CARETOUCH 31GX3/16
175, 184, 185
 AGUJA PARA BOLÍGRAFO
 CARETOUCH 31GX5/16
175, 184, 185
 AGUJA PARA BOLÍGRAFO
 CARETOUCH 32GX3/16
175, 184, 185
 AGUJA PLUMA CARETOUCH
 32GX5/32
175, 184, 185
 CARETOUCH SYR 0,3 ML 31GX5/16
175, 184, 185
 CARETOUCH SYR 0,5 ML 30GX5/16
175, 184, 185
 CARETOUCH SYR 0,5 ML 31GX5/16
175, 184, 185
 CARETOUCH SYR 1 ML
 28GX5/16175, 184, 185
 CARETOUCH SYR 1 ML
 29GX5/16175, 184, 185

CARETOUCH SYR 1 ML 30GX5/16175,
 184, 185
 CARETOUCH SYR 1 ML 31GX5/16175,
 184, 185
 ácido caglúmico66
 CAYSTON37

CERDELGA.....	110	COMFORT EZ PEN AGUJAS 5MM	
CIMZIA POLVO PARA RECONST ..	68, 69	33G175	184, 185
CIMZIA KIT JERINGA SUBCUTÁNEA		COMFORT EZ PEN AGUJAS 6MM	
400 MG/2 ML (200 MG/ML X 2)		31G175	184, 185
.....	68, 69	COMFORT EZ PEN AGUJAS 6MM	
CINQAIR301	302	32G175	184, 185
CINRYZE.....	56	COMFORT EZ PEN AGUJAS 6MM	
CLICKFINE 31G X 5/16175		33G175	184, 185
	184, 185	COMFORT EZ PEN NEEDLES 8MM	
AGUJA PARA BOLÍGRAFO CLICKFINE		31G SHORT	175,184, 185
32GX5/32		COMFORT EZ PEN AGUJAS 8MM	
.....	175, 184, 185	32G176	184, 185
CLICKFINE UNIVERSAL 31G X 1/4175,		COMFORT EZ PEN AGUJAS 8MM	
184, 185		33G176	184, 185
COMETRIQ CÁPSULA ORAL 100		BOLÍGRAFO COMFORT EZ PRO NDL	
MG/DÍA(80 MG X1-20 MG X1),	140	30G 8MM176	184, 185
MG/DÍA(80 MG X1-20 MG X3),	60	BOLÍGRAFO COMFORT EZ PRO NDL	
MG/DÍA (20 MG X 3/DÍA)	58	31G 4MM176	184, 185
COMFORT EZ 0,3 ML 31G 15/64....	175,	BOLÍGRAFO COMFORT EZ PRO NDL	
184, 185		31G 5MM176	184, 185
COMFORT EZ 0,5 ML 31G 15/64....	175,	COMFORT EZ SYR 0,3 ML 29GX1/2	
184, 185		.....	176, 184, 185
COMFORT EZ INS 0,3 ML 30GX1/2		COMFORT EZ SYR 0,5 ML 28GX1/2	
.....	175, 184, 185	.....	176, 184, 185
COMFORT EZ INS 0,3 ML 30GX5/16		COMFORT EZ SYR 0,5 ML 29GX1/2	
.....	175, 184, 185	.....	176, 184, 185
COMFORT EZ INS 1 ML 31G 15/64175,		COMFORT EZ SYR 0,5 ML 30GX1/2	
184, 185		.....	176, 184, 185
COMFORT EZ INS 1 ML 31GX5/16	175,	COMFORT EZ SYR 1 ML 28GX1/2	176,
184, 185		184, 185	
COMFORT EZ INSULINA SYR 0,3 ML		COMFORT EZ SYR 1 ML 29GX1/2	176,
.....	175, 184, 185	184, 185	
COMFORT EZ INSULINA SYR 0,5 ML		COMFORT EZ SYR 1 ML 30GX1/2	176,
.....	175, 184, 185	184, 185	
COMFORT EZ PEN AGUJA 12MM		COMFORT EZ SYR 1 ML 30GX5/16	
29G175	184, 185	.....	176, 184, 185
COMFORT EZ PEN AGUJAS 4MM 32G		BOLÍGRAFO PUNTA CONFORT NDL	
UN SOLO USO, MICRO .	175, 184,	31GX1/3	
185		.....	176, 184, 185
COMFORT EZ PEN AGUJAS 4MM		BOLÍGRAFO PUNTA CONFORT NDL	
33G175	184, 185	31GX1/6	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 5MM		.....	176, 184, 185
31G MINI	175,184, 185	BOLÍGRAFO COMFORT TOUCH NDL	
COMFORT EZ PEN AGUJAS 5MM 32G		31G 4MM176	184, 185
UN SOLO USO,MINI,HRI	175, 184,	BOLÍGRAFO COMFORT TOUCH NDL	
185		31G 5MM176	184, 185
		BOLÍGRAFO COMFORT TOUCH NDL	
		31G 6MM176	184, 185

BOLÍGRAFO COMFORT TOUCH NDL
 31G 8MM176 184, 185
 BOLÍGRAFO COMFORT TOUCH NDL
 32G 4MM176 184, 185
 BOLÍGRAFO COMFORT TOUCH NDL
 32G 5MM176 184, 185
 BOLÍGRAFO COMFORT TOUCH NDL
 32G 6MM176 184, 185
 BOLÍGRAFO COMFORT TOUCH NDL
 32G 8MM176 184, 185
 BOLÍGRAFO COMFORT TOUCH NDL
 33G 4MM176 184, 185
 BOLÍGRAFO COMFORT TOUCH NDL
 33G 6MM176 184, 185
 BOLÍGRAFO COMFORT TOUCH NDL
 33GX5MM176..... 184, 185
 COPIKTRA 101
 GEL CORTROFINA 74
 COSENTYX (2 JERINGAS) 329, 330
 COSENTYX INTRAVENOSO 327 ,
 328
 PLUMA COSENTYX (2 PLUMAS)
 329, 330
 COSENTYX JERINGA SUBCUTÁNEA
 75 MG/0,5 ML 329 330
 COSENTYX UNOREADY PEN 329, 330
 COTELLIC 73
 CURAD GASAS 2 . 176, 184, 185
 CURITY ALCOHOL PREPS 2
 CAPA, MEDIA 176 184, 185
 ESPONJAS DE GASA CURITY (12
 CAPAS)- 200/BOLSA 176 , 184,
 185
 ALMOHADILLAS CURITY GUAZE
 1'S(12 CAPAS)
 176, 184, 185
D
 dalfampridina 80
 DANYELZA 242
 DARZALEX 81
 DARZALEX FASPRO 82
 dasatinib comprimido oral 100 mg, 140
 mg, 20
 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg 84
 DAURISMO COMPRIMIDO ORAL 100
 MG, 25
 MG 146
 deferasirox 86 87

deferiprona 88
 DERMACEA 2176, 184, 185
 DERMACEA GASA 2176, 184, 185

DERMACEA NO TEJIDO 2 . 176, 184,
185
dermacinrx lidocan 5% parche exterior
.. 213 DIACOMIT ORAL CAPSULA
250 MG,
500 MG.....351
DIACOMIT POLVO ORAL EN SOBRE
250 MG, 500 MG
.....35
1
diclofenaco sódico gel tópico 391
diclofenaco sódico solución tópica en
bomba
.....d
osificadora92
dimethyl fumarate oral capsule, delayed
release(dr/ec) 120 mg, 120 mg (14)-
240 mg (46), 240 mg93
DOPTELET (PAQUETE DE 10
COMPRIMIDOS).....34
DOPTELET (ENVASE DE 15
COMPRIMIDOS).....34
DOPTELET (ENVASE DE 30
COMPRIMIDOS).....34
dronabinol.....96
GOTA 0,5 ML 29GX12,5MM(1/2)
.....176, 184, 185
GOTA 0,5 ML 30GX12,5MM(1/2)
.....176, 184, 185
GOTA INS 0,3 ML 29GX12,5MM
.....176, 184, 185
GOTA INS 0,3 ML 30GX12,5MM
.....176, 184, 185
GOTA INS 0,5 ML 30GX6MM(1/2)
.....176, 184, 185
GOTA INS 0,5 ML 30GX8MM(1/2)
.....176, 184, 185
GOTA INS 0,5 ML 31GX6MM(1/2)
.....176, 184, 185
GOTA INS 0,5 ML 31GX8MM(1/2)
.....176, 184, 185
GOTA INS SYR 0,3 ML 30GX6MM
.....176, 184, 185
GOTA INS SYR 0,3 ML 30GX8MM
.....176, 184, 185
GOTA INS SYR 0,3 ML 31GX6MM
.....176, 184, 185
GOTA INS SYR 0,3 ML 31GX8MM

.....176, 184, 185
GOTA INS SYR 1 ML 29GX12.5MM
.....176, 184, 185
GOTA INS SYR 1 ML 30GX12.5MM
.....176, 184, 185

GOTA INS SYR 1 ML 30GX6MM
.....176, 184, 185
GOTA INS SYR 1 ML 30GX8MM
.....176, 184, 185
GOTA INS SYR 1 ML 31GX6MM
.....176, 184, 185
GOTA INS SYR 1 ML 31GX8MM
.....176, 184, 185
GOTA MICRA 34G X 9/64176,
184, 185
AGUJA PLUMA GOTA 29GX1/2. 176,
184, 185
AGUJA PLUMA GOTA 29GX3/8. 176,
184, 185
AGUJA PLUMA GOTERO 30GX5/16
.....176, 184, 185
AGUJA PLUMA GOTA 31GX1/4. 176,
184, 185
AGUJA PLUMA GOTA 31GX3/16
.....176, 184, 185
AGUJA PLUMA GOTERO 31GX5/16
.....176, 184, 185
AGUJA PLUMA GOTA 32GX1/4. 176,
184, 185
AGUJA PLUMA GOTA 32GX3/16
.....176, 184, 185
AGUJA PLUMA GOTERO 32GX5/16
.....176, 184, 185
AGUJA PLUMA GOTERO 32GX5/32
.....176, 184, 185
ALCOHOL DROPSAFE 70%
ALMOHADILLAS177, 184, 185
JERINGA DROPSAFE INS 0,3 ML 31G
6MM
.....177, 184, 185
JERINGA DROPSAFE INS 0,3 ML 31G
8MM
.....177, 184, 185
JERINGA DROPSAFE INS 0,5 ML 31G
6MM
.....177, 184, 185
JERINGA DROPSAFE INS 0,5 ML 31G
8MM
.....177, 184, 185
DROPSAFE INSUL SYR 1 ML 31G
6MM177, 184, 185
DROPSAFE INSUL SYR 1 ML 31G
8MM177, 184, 185

DROPSAFE INSULN 1 ML 29G
12,5 MM177, 184, 185

AGUJA PARA BOLÍGRAFO
DROPSAFE 31GX1/4
.....177, 184, 185
AGUJA PARA BOLÍGRAFO
DROPSAFE 31GX3/16
.....177, 184, 185
AGUJA PARA PLUMA DROPSAFE
31GX5/16
.....177, 184, 185
droxidopa.....97
DRUG MART ULTRA COMFORT SYR
.....177, 184, 185
DUPIXENT PEN98....., 100
DUPIXENT JERINGA98....., 100

31GX3/16
.....177, 184, 185
BOLÍGRAFO EASY COMFORT NDL
31GX5/16
.....177, 184, 185

E
EASY CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM
.....177, 184, 185
EASY CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM
.....177, 184, 185
EASY CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM
.....177, 184, 185
EASY COMFORT 0,3 ML 31G 1/2 ..
177, 184, 185
EASY COMFORT 0,3 ML 31G 5/16
177, 184, 185
JERINGA EASY COMFORT 0,3 ML
.....177, 184, 185
EASY COMFORT 0,5 ML 30GX1/2. 177,
184, 185
EASY COMFORT 0,5 ML 31GX5/16
.....177, 184, 185
EASY COMFORT 0,5 ML 32GX5/16
.....177, 184, 185
JERINGA EASY COMFORT 0,5 ML
.....177, 184, 185
EASY COMFORT 1 ML 31GX5/16.. 177,
184, 185
EASY COMFORT 1 ML 32GX5/16.. 177,
184, 185
EASY COMFORT ALCOHOL 70% PAD
.....177, 184, 185
EASY COMFORT INSULINA 1 ML
JERINGA
.....177, 184, 185
BOLÍGRAFO EASY COMFORT NDL
31GX1/4
.....177, 184, 185
BOLÍGRAFO EASY COMFORT NDL

BOLÍGRAFO EASY COMFORT NDL
32GX5/32
.....177, 184, 185

BOLÍGRAFO EASY COMFORT NDL
33G 4MM
.....177, 184, 185

BOLÍGRAFO EASY COMFORT NDL
33G 5MM
.....177, 184, 185

BOLÍGRAFO EASY COMFORT NDL
33G 6MM
.....177, 184, 185

EASY COMFORT SYR 1 ML 30GX1/2
.....177, 184, 185

EASY GLIDE INS 0,3 ML 31GX6MM
.....177, 184, 185

EASY GLIDE INS 0,5 ML 31GX6MM
.....177, 184, 185

EASY GLIDE INS 1 ML 31GX6MM .
177, 184, 185

EASY GLIDE PEN AGUJA 4MM 33G
.....177, 184, 185

EASY TOUCH 0,3 ML SYR 30GX1/2
.....177, 184, 185

EASY TOUCH 0,5 ML SYR 27GX1/2
.....177, 184, 185

EASY TOUCH 0,5 ML SYR 29GX1/2
.....177, 184, 185

EASY TOUCH 0,5 ML SYR 30GX1/2
.....177, 184, 185

EASY TOUCH 0,5 ML SYR 30GX5/16
.....177, 184, 185

EASY TOUCH 1 ML SYR 27GX1/2. 177,
184, 185

EASY TOUCH 1 ML SYR 29GX1/2. 177,
184, 185

EASY TOUCH 1 ML SYR 30GX1/2. 177,
184, 185

ALMOHADILLAS EASY TOUCH CON
ALCOHOL AL 70% ESTERILIZADAS
POR RAYOS GAMMA177 , 184,
185

EASY TOUCH FLIPIK 1 ML 27GX0.5
.....177, 184, 185

INSULINA EASY TOUCH 1 ML 29GX1/2
.....177, 184, 185

INSULINA EASY TOUCH 1 ML 30GX1/2
.....177, 184, 185

JERINGA INSULINA EASY TOUCH 0,3
ML
.....177, 184, 185

JERINGA INSULINA EASY TOUCH 0,5
ML
.....177, 184, 185

INSULINA EASY TOUCH SYR 1 ML.
 177, 184, 185
 JERINGA DE INSULINA EASY
 TOUCH 1 ML RETRÁCTIL 177, 184,
 185
 EASY TOUCH INSULN 1 ML 29GX1/2
177, 184, 185
 EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX1/2
177, 184, 185
 EASY TOUCH INSULN 1 ML 30GX5/16
177, 184, 185
 EASY TOUCH INSULN 1 ML 31GX5/16
177, 184, 185
 EASY TOUCH LUER LOK INSUL 1 ML
177, 184, 185
 EASY TOUCH PEN AGUJA 29GX1/2
178, 184, 185
 EASY TOUCH PEN AGUJA 30GX5/16
178, 184, 185
 EASY TOUCH PEN AGUJA 31GX1/4
178, 184, 185
 EASY TOUCH PEN AGUJA 31GX3/16
178, 184, 185
 EASY TOUCH PEN AGUJA 31GX5/16
178, 184, 185
 EASY TOUCH PEN AGUJA 32GX1/4
178, 184, 185
 EASY TOUCH PEN AGUJA 32GX3/16
178, 184, 185
 EASY TOUCH PEN AGUJA 32GX5/32
178, 184, 185
 EASY TOUCH SAF PEN NDL 29G
 5MM178....., 184, 185
 EASY TOUCH SAF PEN NDL 29G
 8MM178....., 184, 185
 EASY TOUCH SAF PEN NDL 30G
 5MM178....., 184, 185
 EASY TOUCH SAF PEN NDL 30G
 8MM178....., 184, 185
 EASY TOUCH SYR 0,5 ML 28G
 12,7 MM178....., 184, 185
 EASY TOUCH SYR 0,5 ML 29G
 12,7 MM178....., 184, 185
 EASY TOUCH SYR 1 ML 27G 16MM
178, 184, 185
 EASY TOUCH SYR 1 ML 28G 12.7MM
178, 184, 185

EASY TOUCH SYR 1 ML 29G 12,7MM	178, 184, 185	EQL INSULINA 0,5 ML JERINGAAGUJACORTA 178,184, 185	
EASY TOUCH UNI-SLIP SYR 1 ML 178, 184, 185		EQL INSULINA 1 ML JERINGA AGUJA CORTA178	184, 185
BOLÍGRAFO EASYTOUCH SAF NDL 30G 6MM	178, 184, 185	ERBITUX.....	70
EGRIFTA SV.....	367	ERIVEDGE.....	414
ELIGARD.....	206	ERLEADA COMPRIMIDO ORAL 240 MG, 60 MG	22
ELIGARD (3 MESES).....	206	erlotinib comprimido oral 100 mg, 150 mg, 25 mg.....	123
ELIGARD (4 MESES).....	206	everolimus (antineoplásico) comprimido oral 10 mg, 2,5 mg, 5 mg, 7,5 mg..	127
ELIGARD (6 MESES).....	206	everolimus (antineoplásico) comprimido oral para suspensión	128
ELREXFIO 44 MG/1,1 ML VIAL INTERIOR, SUV, P/F.....	111	EVRYSDI.....	316
ELREXFIO SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA 40	MG	JERINGA INSULINA EXEL 27G-1 ML	178, 184, 185
/ML111		EXKIVITY	236
AGUJA PLUMA EMBRACE 29G 12MM	178, 184, 185	F	
AGUJA PLUMA EMBRACE 30G 5MM	178, 184, 185	FASENRA44	45
AGUJA PLUMA EMBRACE 30G 8MM	178, 184, 185	FASENRA PEN44	45
AGUJA PLUMA EMBRACE 31G 5MM	178, 184, 185	pastilla bucal de citrato de fentanilo con asa.....	132
AGUJA PLUMA EMBRACE 31G 6MM	178, 184, 185	FERRIPROX SOLUCIÓN ORAL	88
AGUJA PLUMA EMBRACE 31G 8MM	178, 184, 185	FIFTY50 INS 0,5 ML 31GX5/16	178, 184, 185
AGUJA PLUMA EMBRACE 32G 4MM	178, 184, 185	FIFTY50 INS SYR 1 ML 31GX5/16 . 178, 184, 185	
LÁPIZ EMGALITY	142	BOLÍGRAFO FIFTY50 31G X 3/16	178, 184, 185
JERINGA EMGALITY JERINGA SUBCUTÁNEA 120 MG/ML, 300 MG/3 ML (100 MG/ML X 3)	142	fangolimod	137
ENBREL125	126	FINTEPLA	131
ENBREL MINI125.....	126	FOTIVDA.....	377
ENBREL SURECLICK125	126	FP INSULINA 1 ML JERINGA ..	178, 184, 185
ENSPRYNG	326	FREESTYLE PREC 0,5 ML 30GX5/16	178, 184, 185
EPCLUSA ORAL PELLETS EN SOBRE 150-37,5 MG, 200-50 MG.....	342	FREESTYLE PREC 0,5 ML 31GX5/16	178, 184, 185
EPCLUSA COMPRIMIDO ORAL	342	FREESTYLE PREC 1 ML 30GX5/16	178, 184, 185
EPIDIOLEX	62	FREESTYLE PREC 1 ML 31GX5/16	178, 184, 185
EPKINLY	119	FRUZAQLA CÁPSULA ORAL 1 MG, 5 MG.....	140
EQL INSULINA 0,3 ML JERINGAAGUJACORTA 178,184, 185			

FYARRO339
FYLNETRA.....276

G	
GALAFOLD	233
GATTEX 30-VIAL	362
GASA TÓPICA 2 X	2178, 184, 185
GAVRETO	293
gefitinib	144
GILOTRIF	14
glatiramer jeringa subcutánea 20 mg/ml, 40 mg/ml	147
glatopa jeringa subcutánea 20 mg/ml, 40 mg/ml	147
glutamina (drepanocitosis)	211
GNP ULT C 0,3 ML 29GX1/2 ..	178, 184, 185
GNP ULTRA CONFORT 0,5 ML JERINGA	178, 184, 185
JERINGA GNP ULTRA COMFORT 1 ML178.....	184, 185
GNP ULTRA CONFORT 3/10 ML JERINGA	178, 184, 185
H	
HAEGARDA SUBCUTÁNEA RECON SOLN 2.000 UNIDAD, 3.000 UNIDAD	57
HARVONI ORAL PELLETS EN SOBRE 33,75-150 MG, 45-200 MG.....	200
HARVONI COMPRIMIDO ORAL	200
HEALTHWISE INS 0,3 ML 30GX5/16	178, 184, 185
HEALTHWISE INS 0,3 ML 31GX5/16	178, 184, 185
HEALTHWISE INS 0,5 ML 30GX5/16	178, 184, 185
HEALTHWISE INS 0,5 ML 31GX5/16	178, 184, 185
HEALTHWISE INS 1 ML 30GX5/16	178, 184, 185
HEALTHWISE INS 1 ML 31GX5/16	178, 184, 185
HEALTHWISE AGUJA PLUMA 31G 5MM	178, 184, 185
HEALTHWISE AGUJA PLUMA 31G 8MM	178, 184, 185

HEALTHWISE AGUJA PLUMA 32G 4MM	178, 184, 185
---	---------------

HEALTHY ACCENTS PENTIP 4MM 32G178	184, 185
HEALTHY ACCENTS PENTIP 5MM 31G178	184, 185
HEALTHY ACCENTS PENTIP 6MM 31G178	184, 185
HEALTHY ACCENTS PENTIP 8MM 31G178	184, 185
HEALTHY ACCENTS PENTIP 12MM 29G179	184, 185
HEB INCONTROL ALCOHOL 70% COMPRESAS179	184, 185
HERCEPTIN HYLECTA	392
HERZUMA	393
HETLIOZ LQ	358
HUMIRA PEN11	12, 13
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS INICIO	11, 12, 13
HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS11	12, 13
HUMIRA KIT DE JERINGAS SUBCUTÁNEAS 40 MG/0,8 ML11	12, 13
HUMIRA(CF)	11, 12, 13
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER11	12, 13
HUMIRA(CF) PEN11	12, 13
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS 11, 12, 13	
HUMIRA(CF) PEN PEDIÁTRICO UC .. 11, 12, 13	
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS	11, 12, 13
I	
IBRANCE	269
ibuprofeno-famotidina	159
icatibant	160
ICLUSIG	289
IDHIFA	114
ILARIS (PF)	60, 61
ILUMYA	374
imatinib comprimido oral 100 mg, 400 mg . 162	
IMBRUVICA CÁPSULA ORAL 140 MG, 70 MG	158
IMBRUVICA SUSPENSIÓN ORAL ...	158
IMBRUVICA COMPRIMIDO ORAL ...	158
IMDELLTRA	357

IMJUDO.....395
 IMPAVIDO.....235
 INBRIJA CÁPSULA DE INHALACIÓN,
 CON DISPOSITIVO DE INHALACIÓN
210
 INCONTROL AGUJA PLUMA 12MM
 29G
179, 184, 185
 AGUJA INCONTROL PEN 4MM 32G
179, 184, 185
 AGUJA INCONTROL PEN 5MM 31G
179, 184, 185
 AGUJA INCONTROL PEN 6MM 31G
179, 184, 185
 AGUJA INCONTROL PEN 8MM 31G
179, 184, 185
 INCRELEX225
 INFLECTRA171....., 172
 infliximab165....., 166
 INGREZZA408
 INGREZZA INICIACIÓN PK(TARDIV)
408
 INGREZZA SPRINKLE408
 INLYTA COMPRIMIDO ORAL 1 MG, 5
 MG . 35
 INQOVI.....85
 INREBIC.....130
 INSULINA SYR 0,3 ML 31GX1/4(1/2)
 179,
 184, 185
 INSULINA SYRIN 0,3 ML 30GX1/2..179,
 184, 185
 INSULINA SYRIN 0,5 ML 28GX1/2..179,
 184, 185
 INSULINA SYRIN 0,5 ML 29GX1/2..179,
 184, 185
 INSULINA SYRIN 0,5 ML 30GX1/2..179,
 184, 185
 INSULINA SYRIN 0,5 ML 30GX5/16 .
 179, 184, 185
 JERINGA INSULINA 0,5 ML 27G 1/2..
 179, 184, 185
 JERINGA DE INSULINA 0,3 ML179 ,
 184,
 185
 JERINGA INSULINA 0,3 ML 31GX1/4
179, 184, 185
 JERINGA DE INSULINA 0,5 ML179 ,

184,
 185
 JERINGA INSULINA 0,5 ML 31GX1/4
179, 184, 185

JERINGA INSULINA 1 ML . 179, 184,
 185 JERINGA INSULINA 1 ML 30GX1/2
 . 179,
 184, 185
 JERINGA INSULINA 1 ML
 30GX5/16179, 184, 185
 JERINGA INSULINA 1 ML 31GX1/4 .
 179, 184, 185
 JERINGA-AGUJA INSULINA U-100
 JERINGA 0,3 ML 29 GAUGE, 1 ML
 CALIBRE 29 X 1/2179 ..., 184, 185
 AGUJA INSUPEN 30G ULTRAFIN
179, 184, 185
 AGUJA INSUPEN 31G ULTRAFIN
179, 184, 185
 INSUPEN 32G 6MM AGUJA PLUMA
 179, 184, 185
 INSUPEN 32G 8MM AGUJA PLUMA
 179, 184, 185
 INSUPEN AGUJA PLUMA 29GX12MM
179, 184, 185
 INSUPEN AGUJA PLUMA 31GX3/16
 179, 184, 185
 AGUJA PLUMA INSUPEN 32GX4MM
179, 184, 185
 AGUJA PLUMA INSUPEN 33GX4MM
179, 184, 185
 IQIRVO105....., 106
 itraconazol solución oral.....191
 IV TOALLITAS ANTISÉPTICAS179 ,
 184, 185
 IWILFIN103

J

JAKAFI323
 javygtor comprimido oral,soluble324
 JAYPIRCA COMPRIMIDO ORAL 100
 MG, 50
 MG.....287
 JEMPERLI95
 JUXTAPID CÁPSULA ORAL 10 MG, 20
 MG, 30 MG, 5 MG216....., 217
 JYNARQUE COMPRIMIDO ORAL ...383
 JYNARQUE COMPRIMIDOS
 ORALES, SECUENCIAL
38

3

K

KALYDECO.....192

KANJINTI389
 KENDALL ALCOHOL 70% PREP PAD
179, 184, 185

KERENDIA.....	136
PEN KESIMPTA.....	257
KEYTRUDA.....	280
KIMMTRAK.....	360
KINERET20.....	21
KISQALI FEMARA CO-PACK	
COMPRIMIDO ORAL 200	
MG/DÍA(200 MG X 1)-	
2,5 MG, 400 MG/DÍA(200 MG X 2)-	
2,5 MG, 600 MG/DÍA(200 MG X 3)-	
2,5 MG.....	305
KISQALI COMPRIMIDO ORAL 200	
MG/DÍA (200 MG X 1), 400 MG/DÍA	
(200 MG	
X 2), 600 MG/DÍA (200 MG X 3)....	304
KOSELUGO CÁPSULA ORAL 10 MG,	
25 MG.....	336
KRAZATI.....	10
KYNMOBI PELÍCULA SUBLINGUAL	
10 MG, 10-15-20-25-30 MG, 15 MG,	
20 MG,	
25 MG, 30 MG.....	24

L

lanreotide jeringa subcutánea 120	
mg/0,5 ml.....	196
lapatinib.....	197
LAZCLUZE COMPRIMIDO ORAL 240	
MG, 80	
MG.....	199
lenalidomida.....	201
LENVIMA.....	202
LEUKINE INJECTION RECON SOLN	
.....	325
leuprolida (3 meses).....	205
kit leuprolide subcutáneo.....	204
lidocaína hcl solución	
.....par	
a mucosas 4 % (40 mg/ml).....	215
lidocaína parche adhesivo	
tópico,medicado 5.....	213
pomada tópica de lidocaína.....	212
lidocaína-prilocaina crema tópica.....	214
lidocan iii.....	213
ESPONJAS LISCO 100/BOLSA179	
184,	
185	
LITE TOUCH 31GX1/4179, 184, 185	
LITE TOUCH INSULINA 0,5 ML	

JERINGA 179, 184, 185	
LITE TOUCH INSULINA 1 ML JERINGA	
.....	179,
184, 185	

LITE TOUCH INSULINA SYR 1 ML...
 179, 184, 185
 PLUMA LITE TOUCH AGUJA 29G ...
 179, 184, 185
 PLUMA LITE TOUCH AGUJA 31G ...
 179, 184, 185
 LITETOUCH INS 0,3 ML 29GX1/2 ..
 179, 184, 185
 LITETOUCH INS 0,3 ML 30GX5/16 179,
 184, 185
 LITETOUCH INS 0,3 ML 31GX5/16 179,
 184, 185
 LITETOUCH INS 0,5 ML 31GX5/16 179,
 184, 185
 LITETOUCH SYR 0,5 ML 28GX1/2. 179,
 184, 185
 LITETOUCH SYR 0,5 ML 29GX1/2. 179,
 184, 185
 LITETOUCH SYR 0,5 ML 30GX5/16
179, 184, 185
 LITETOUCH SYRIN 1 ML 28GX1/2 179,
 184, 185
 LITETOUCH SYRIN 1 ML 29GX1/2 179,
 184, 185
 LITETOUCH SYRIN 1 ML 30GX5/16
179, 184, 185
 LIVDELZI331, 332
 LITENCITY.....224
 LONSURF COMPRIMIDO ORAL 15-
 6,14 MG, 20-8,19 MG
40
 0
 LOQTORZI385
 LORBRENA COMPRIMIDO ORAL 100
 MG, 25
M
 G219
 LUMAKRAS COMPRIMIDO ORAL 120
 MG, 320 MG
35
 0
 LUNSUMIO238
 DEPÓSITO DE LUPRON207, 208
 LUPRON DEPOT (3 MESES) . 207, 208
 LUPRON DEPOT (4 MESES) . 207, 208
 LUPRON DEPOT (6 MESES) . 207,
 208 LUPRON DEPOT-PED
20

9
 LUPRON DEPOT-PED (3 MESES) . 209
 LYBALVI.....258
 LYNPARZA259

LYTGOBI COMPRIMIDO ORAL 12
 MG/DÍA (4 MG X 3), 16 MG/DÍA (4
 MG X 4),
 20 MG/DÍA (4 MG X 5) 141

M

MAGELLAN INSUL JERINGA 0,3 ML
 179, 184, 185

MAGELLAN INSUL JERINGA 0,5 ML
 179, 184, 185

MAGELLAN INSULINA SYR 0,3 ML .
 179, 184, 185

MAGELLAN INSULINA SYR 0,5 ML .
 179, 184, 185

JERINGA INSULINA MAGELLAN 1 ML
 179, 184, 185

MARGENZA 223

MAVENCLAD (PAQUETE DE 10
 COMPRIMIDOS)..... 71

MAVENCLAD (PAQUETE DE 4
 COMPRIMIDOS)..... 71

MAVENCLAD (PAQUETE DE 5
 COMPRIMIDOS)..... 71

MAVENCLAD (PAQUETE DE 6
 COMPRIMIDOS)..... 71

MAVENCLAD (PAQUETE DE 7
 COMPRIMIDOS)..... 71

MAVENCLAD (PAQUETE DE 8
 COMPRIMIDOS)..... 71

MAVENCLAD (PAQUETE DE 9
 COMPRIMIDOS)..... 71

MAVYRET COMPRIMIDO ORAL 148 ,
 149

BOLÍGRAFO MAXICOMFORT II NDL
 31GX6MM 179....., 184, 185

MAXICOMFORT INS 0,5 ML 27GX1/2
 179, 184, 185

MAXI-COMFORT INS 0,5 ML 28G.. 179,
 184, 185

MAXICOMFORT INS 1 ML 27GX1/2
 179, 184, 185

MAXI-COMFORT INS 1 ML 28GX1/2
 179, 184, 185

MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 5MM
 179, 184, 185

MAXICOMFORT PEN NDL 29G X 8MM
 179, 184, 185

MAYZENT COMPRIMIDO ORAL 0,25
 MG, 1

MG, 2 MG 338

MAYZENT STARTER(PARA 1MG
 MAINT) 338

MAYZENT STARTER(PARA 2MG
 MAINT) 338

MEKINIST ORAL RECON SOLN..... 387

MEKINIST COMPRIMIDO ORAL 0,5 MG,
 2

MG 388

MEKTOVI	51	3'S, 29GX1/2	180,184, 185
AGUJA PLUMA MICROPUNTO 31GX6MM			
.....	179, 184, 185		
MICRODOT PEN AGUJA 32GX4MM			
.....	179, 184, 185		
MICRODOT PEN NEEDLE 33GX4MM			
.....	179, 184, 185		
MICRODOT READYGARD NDL 31G 5MM EXTERIOR	179		184, 185
mifepristona comprimido oral 300 mg			
.....	232		
miglustat.....	234		
MINI AGUJA PLUMA 32G 4MM	179,		
184, 185			
MINI AGUJA PLUMA 32G 5MM	179,		
184, 185			
MINI AGUJA PLUMA 32G 6MM	179,		
184, 185			
MINI AGUJA PLUMA 32G 8MM	179,		
184, 185			
MINI AGUJA PLUMA 33G 4MM	179,		
184, 185			
MINI AGUJA PLUMA 33G 5MM	179,		
184, 185			
MINI AGUJA PLUMA 33G 6MM	180,		
184, 185			
BOLÍGRAFO MINI ULTRA-THIN II NDL 31G ESTÉRIL	180..,		184, 185
modafinil comprimido oral 100 mg, 200 mg 241 MONOJECT 0.5 ML SYRN 28GX1/2			
.....	180, 184, 185		
MONOJECT 1 ML SYRN 27X1/2.....	180,		
184, 185			
MONOJECT 1 ML SYRN 28GX1/2 .			
180, 184, 185			
MONOJECT INSUL SYR U100 (OTC)			
.....	180, 184, 185		
MONOJECT INSUL SYR U100 .5ML,29GX1/2	180.....,		184, 185
MONOJECT INSUL SYR U100 0,5 ML SE CONVIERTE EN 29G (OTC)			
180, 184,			
185			
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML			
.....	180, 184, 185		
MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML			

MONOJECT INSUL SYR U100 1 ML
 SIN AGUJA (OTC).....180, 184, 185
 MONOJECT INSULINA SYR 0,3 ML.
 180,
 184, 185
 MONOJECT INSULINA SYR 0,3 ML
 (OTC).....180, 184, 185
 MONOJECT INSULINA SYR 0,5 ML.
 180,
 184, 185
 MONOJECT INSULINA SYR 0,5 ML
 (OTC).....180, 184, 185
 MONOJECT INSULIN SYR 1 ML 3'S
 (OTC).....180, 184, 185
 MONOJECT INSULINA SYR U-100 ..
 180, 184, 185
 JERINGA MONOJECT 0,3 ML180, 184,
 185
 JERINGA MONOJECT 0,5 ML180, 184,
 185
 JERINGA MONOJECT 1 ML .. 180, 184,
 185
 concentrado de morfina solución oral
157
 MOUNJARO152
 MVASI48
N
 NATPARA270
 NERLYNX244
 NEULASTA ONPRO275
 NINLARO194
 nitisinona251
 NIVESTYM134
 NORDITROPINA FLEXP344 , 345
 NOVOFINE30180, 184,
 185
 NOVOFINE 32G AGUJAS180 ., 184,
 185
 NOVOFINE PLUS BOLÍGRAFO NDL
 32GX1/6
180, 184, 185
 NOVOTWIST AGUJA 32G 5MM.....180,
 184, 185
 NOXAFIL SUSP ORAL,LIBERACION
 RETARDADA PARA RECON.....292
 NUBEQA83
 AUTOINYECTOR SUBCUTÁNEO
 NUCALA227 228

NUCALA SUBCUTÁNEA RECON
 SOLN227 228

NUCALA JERINGA SUBCUTÁNEA 100
 MG/ML, 40 MG/0,4 ML .. 227, 228
 NUPLAZID.....285
 NURTEC ODT309....., 310
 NYVEPRIA273

O

OALIVA.....255
 OCREVUS.....256
 ODOMZO347
 OFEV246....., 247
 OGIVRI.....390
 OGSIVEO COMPRIMIDO ORAL 100
 MG, 150

MG, 50 MG250
 OJEMDA SUSPENSIÓN ORAL PARA
 RECONSTITUCIÓN
38

6

OJEMDA COMPRIMIDO ORAL386
 OJJAARA237
 ONGENTAS265
 ONTRUZANT391
 ONUREG.....36
 OPDIVO252
 OPDUALAG253
 OPSUMIT222
 ORENCIA45
 ORENCIA (CON MALTOSA)2, 3
 ORENCIA CLICKJECT45
 ORFADIN SUSPENSIÓN ORAL251
 ORGOVYX299

ORLISSA COMPRIMIDO ORAL 150
 MG, 200
 MG.....107

ORKAMBI ORAL GRANULADO EN
 SOBRE
22

1

ORKAMBI COMPRIMIDO ORAL221
 ORSERDU COMPRIMIDO ORAL 345
 MG, 86

MG.....104
 OTEZLA2526
 OTEZLA STARTER25....., 26
 oxandrolona.....267
 concentrado oral de oxicodona157
 OZEMPIC151

P

PALYNZIQ.....278
 pazopanib.....272
 PC UNIFINE PENTIPS 8MM AGUJA
 CORTA180184, 185
 PEGASYS277

PEMAZYRE.....281
 AGUJA PLUMA 30G 5MM EXTERIOR
180,
 184, 185
 AGUJA PLUMA 30G 8MM INTERIOR
180,
 184, 185
 AGUJA PLUMA 30G X 5/16 180, 184,
 185 AGUJA PLUMA, AGUJA
 DIABÉTICA 29
 GALGA X 1/2180, 184, 185
 AGUJAS PLUMA 12MM 29G
 29GX12MM,STRL180...., 184, 185
 AGUJAS PLUMA 4MM 32G 180, 184,
 185 AGUJAS PLUMA 6MM 31G
 31GX6MM,
 STRL180....., 184, 185
 AGUJAS BOLIGRAFO 8MM 31G
 31GX8MM,STRL,CORTAS (OTC) .
 180,
 184, 185
 penicilamina comprimido oral282, 283
 PENTIPS AGUJA PLUMA 29GX1/2 ..
 180, 184, 185
 PENTIPS AGUJA PLUMA 31GX3/16
 180, 184, 185
 PENTIPS AGUJA PLUMA 31GX5/16
 180, 184, 185
 PENTIPS AGUJA PLUMA 32G 6MM.
 180, 184, 185
 PENTIPS AGUJA PLUMA 32GX5/32
 180, 184, 185
 PENTIPS AGUJA PLUMA 6MM 31G.
 180, 184, 185
 AGUJA PLUMA PIP 31G X 5MM.....180,
 184, 185
 AGUJA PLUMA PIP 32G X 4MM.....180,
 184, 185
 PIQRAY COMPRIMIDO ORAL 200
 MG/DÍA (200 MG X 1), 250 MG/DÍA
 (200 MG
 X1-50 MG X1), 300 MG/DÍA (150
 MG X 2)16
 pirfenidona cápsula oral286
 pirfenidona comprimido oral 267 mg,
 534 mg, 801
mg
 286

PLEGRIDY INYECTOR SUBCUTÁNEO
 EN PLUMA 125 MCG/0,5 ML, 63
 MCG/0,5 ML- 94 MCG/0,5
ML1
 88
 PLEGRIDY JERINGA SUBCUTÁNEA
 125 MCG/0,5 ML, 63 MCG/0,5 ML- 94
 MCG/0,5
ML1
 88

POMALYST	288	.....	113
posaconazol oral290	291	PURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM	
EVITAR AGUJA PLUMA 31GX1/4.		.....	180, 184, 185
180, 184, 185		PURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM	
AGUJA PARA BOLÍGRAFO PREVENT		.....	180, 184, 185
31GX5/16		PURE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM	
.....	180, 184, 185	.....	180, 184, 185
PREVYMIS ORAL	203		
PRO COMFORT 0,5 ML 30GX1/2 ..			
180, 184, 185			
PRO COMFORT 0,5 ML 30GX5/16	180,		
184, 185			
PRO COMFORT 0,5 ML 31GX5/16	180,		
184, 185			
PRO COMFORT 1 ML 30GX1/2	180,		
184, 185			
PRO COMFORT 1 ML 30GX5/16	180,		
184, 185			
PRO COMFORT 1 ML 31GX5/16	180,		
184, 185			
COMPRESAS PRO COMFORT			
ALCOHOL 70%			
.....	180, 184, 185		
BOLÍGRAFO PRO COMFORT NDL			
31GX5/16			
.....	180, 184, 185		
BOLÍGRAFO PRO COMFORT NDL 32G			
X 1/4			
.....	180, 184, 185		
BOLÍGRAFO PRO COMFORT NDL			
4MM 32G			
.....	180, 184, 185		
BOLÍGRAFO PRO COMFORT NDL			
5MM 32G			
.....	180, 184, 185		
PRODIGY INS SYR 1 ML 28GX1/2			
180, 184, 185			
JERINGA PRODIGY 0,5 ML 31GX5/16			
.....	180, 184, 185		
PRODIGY SYRNGE 0,3 ML 31GX5/16			
.....	180, 184, 185		
PROMACTA POLVO ORAL EN			
SOBRE 12,5 MG, 25			
.....	M		
G113			
PROMACTA COMPRIMIDOS			
ORALES 12,5 MG, 25 MG, 50 MG,			
75 MG			

ALCOHOL PURO CONFORT 70%
 PASTILLAS180 184, 185
 BOLÍGRAFO PURE COMFORT NDL
 32G 4MM
180, 184, 185
 BOLÍGRAFO PURE COMFORT NDL
 32G 5MM
180, 184, 185
 BOLÍGRAFO PURE COMFORT NDL
 32G 6MM
181, 184, 185
 BOLÍGRAFO PURE COMFORT NDL
 32G 8MM
181, 184, 185
 pirimetamina295
Q
 QINLOCK313
 sulfato de quinina296
 QULIPTA31
R
 RAVICTI153
 RAYA SURE PEN AGUJA 29G 12MM
181, 184, 185
 AGUJA PLUMA RAYA SURE 31G 4MM
181, 184, 185
 AGUJA PLUMA RAYA SURE 31G 5MM
181, 184, 185
 AGUJA PLUMA RAYA SURE 31G 6MM
181, 184, 185
 REGRANEX38
 RELION INS SYR 0,3 ML 31GX6MM
181, 184, 185
 RELION INS SYR 0,5 ML 31GX6MM
181, 184, 185
 RELION INS SYR 1 ML 31GX15/64 181,
 184, 185
 RELI-ON INSULINA 0,5 ML JERINGA
181,
 184, 185
 RELI-ON INSULINA 1 ML JERINGA .
 181, 184,
 185
 BOLÍGRAFO RELION MINI 31G X 1/4 .
 181, 184, 185
 AGUJAS RELION181....., 184, 185
 AGUJAS PARA BOLÍGRAFO
 RELION181 , 184, 185
 RELISTOR ORAL.....230

RELISTOR SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA
229
 JERINGA SUBCUTÁNEA RELISTOR 12
 MG/0,6 ML, 8 MG/0,4
 ML.....229

RENFLEXIS167 168
 RETACRIT SOLUCIÓN INYECTABLE
 10.000 UNIDADES/ML, 2.000 UNIDADES/ML,
 20.000 UNIDADES/2 ML, 20.000 UNIDADES/ML,
 3.000 UNIDADES/ML, 4.000 UNIDADES/ML,
 40.000 UNIDADES/ML120, 121
 RETEVMO CÁPSULA ORAL 40 MG, 80 MG335
 RETEVMO COMPRIMIDO ORAL 120 MG, 160 MG, 40 MG, 80 MG33
5
 REVCOVI108
 REZLIDHIA260
 REZUROCK41
 RIABNI319
 RINVOQ404 405
 RINVOQ LQ404 405
 RITUXAN HYCELA317
 RIVFLOZA243
 ROLVEDON102
 ROZLYTREK CÁPSULA ORAL 100 MG, 200M
G116
 ROZLYTREK ORAL PELLETS EN PAQUETE11
7
 RUBRACA322
 RUXIENCE320
 RYBELSUS151
 RYBREVANT19
 RYDAPT231
 RYTELO163
S
 SAFESNAP INS SYR UNIDADES-100 0,3 ML 30GX5/16 181,184, 185
 SAFESNAP INS SYR UNIDADES-100 0,5 ML 29GX1/2 181,184, 185
 SAFESNAP INS SYR UNIDADES-100 0,5 ML 30GX5/16 181,184, 185

SAFESNAP INS SYR UNIDADES-100 1 ML 28GX1/2181....., 184, 185
 SAFESNAP INS SYR UNIDADES-100 1 ML 29GX1/2181....., 184, 185
 AGUJA PLUMA DE SEGURIDAD 31G 4MM .. 181, 184, 185
 AGUJA PLUMA DE SEGURIDAD 5MM X 31G181, 184, 185
 JERINGA DE SEGURIDAD 0,5 ML 30G 1/2 181, 184, 185

sajazir160
 sapropterina comprimido oral,soluble324
 SCEMLIX COMPRIMIDO ORAL 100
 MG, 20
 MG, 40 MG27
 BOLÍGRAFO SECURES SAFE NDL
 30GX5/16
 181, 184, 185
 SECURES SAFE SYR 0,5 ML 29G 1/2
 181, 184, 185
 SECURES SAFE SYRNG 1 ML 29G 1/2
 181, 184, 185
 SEROSTIM SUBCUTÁNEO RECON
 SOLN 4 MG, 5 MG, 6 MG346
 SIGNIFOR271
 sildenafil (hipertensión pulmonar)
 comprimido oral
 337
 SIRTURO39
 SKY AGUJA PLUMA DE SEGURIDAD
 30G 5MM
 181, 184, 185
 SKY AGUJA PLUMA DE SEGURIDAD
 30G 8MM
 181, 184, 185
 SKYRIZI314 315
 SM ULT CFT 0,3 ML 31GX5/16(1/2)
 181, 184, 185
 oxibato de sodio340
 fenilbutirato sódico comprimido oral..341
 SOMATULINA DEPOT JERINGA
 SUBCUTÁNEA 60 MG/0,2 ML, 90
 MG/0,3 ML196
 SOMAVERT279
 sorafenib.....348
 SPRAVATO124
 SPRYCEL COMPRIMIDOS ORALES
 100 MG, 140
 MG, 20 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG84
 STELARA406 407
 COMPRESAS ESTÉRILES 2181,
 184, 185
 STIMUFEND274
 STIVARGA298
 STRENSIQ28 29
 malato de sunitinib352
 SURE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM
 181, 184, 185

SURE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM
 181, 184, 185
 JERINGA SURE COMFORT 0,5 ML
 181, 184, 185

JERINGA SURE COMFORT 1 ML .
 181, 184, 185

JERINGA SURE COMFORT 3/10 ML
181, 184, 185

SURE COMFORT 3/10 ML JERINGA
 INSULINA.....181,184,
 185

AGUJA PLUMA SURE COMFORT 30G
181, 184, 185

ALMOHADILLAS PREPARADORAS
 CON ALCOHOL SURE
 COMFORT181....., 184, 185

SURE COMFORT INS 0,3 ML 31GX1/4
181, 184, 185

SURE COMFORT INS 0,5 ML 31GX1/4
181, 184, 185

SURE COMFORT INS 1 ML 31GX1/4
181, 184, 185

BOLÍGRAFO SURE COMFORT NDL
 29GX1/2
181, 184, 185

BOLÍGRAFO SURE COMFORT NDL
 31G 5MM
181, 184, 185

BOLÍGRAFO SURE COMFORT NDL
 31G 8MM
181, 184, 185

BOLÍGRAFO SURE COMFORT NDL
 32G 4MM
181, 184, 185

BOLÍGRAFO SURE COMFORT NDL
 32G 6MM
181, 184, 185

AGUJAS PARA BOLÍGRAFO SURE-
 FINE 12,7 MM
181, 184, 185

AGUJAS PARA BOLÍGRAFO SURE-
 FINE 5MM .. 181, 184, 185

AGUJAS PARA BOLÍGRAFO SURE-
 FINE 8MM .. 181, 184, 185

SURE-JECT INSU SYR U100 0,3 ML
181, 184, 185

SURE-JECT INSU SYR U100 0,5 ML
181, 184, 185

SURE-JECT INSU SYR U100 1 ML
 181, 184, 185

SURE-JECT INSUL SYR U100 1 ML
181, 184, 185

SURE-JECT JERINGA INSULINA 1 ML
181, 184, 185

SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS
181, 184, 185

SYMDEKO372

SYMLINPEN 120.....294

SYMLINPEN 60	294	TECHLITE INS SYR 1 ML 29GX12MM	181, 184, 185
SYMPAZAN.....	72	TECHLITE INS SYR 1 ML 30GX12MM	181, 184, 185
SYNAREL239.....	240	TECHLITE INS SYR 1 ML 30GX8MM	182, 184, 185
SYNRIBO	261	TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX6MM	182, 184, 185
T		TECHLITE INS SYR 1 ML 31GX8MM	182, 184, 185
TABRECTA	65	AGUJA PLUMA TECHLITE 29GX1/2	182, 184, 185
tadalafilo comprimido oral 2,5 mg, 5 mg		AGUJA PLUMA TECHLITE 29GX3/8	182, 184, 185
.....	354	AGUJA PLUMA TECHLITE 31GX1/4	182, 184, 185
TAFINLAR CÁPSULA ORAL	77	AGUJA PARA BOLÍGRAFO TECHLITE	
TAFINLAR COMPRIMIDO ORAL PARA		31GX3/16	182, 184, 185
SUSPENSIÓN	78	AGUJA DE PLUMA TECHLITE 31GX5/16	182, 184, 185
TAGRISO.....	266	AGUJA PLUMA TECHLITE 32GX1/4	182, 184, 185
TAKHZYRO SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA		AGUJA PLUMA TECHLITE 32GX5/16	182, 184, 185
.....	195	AGUJA PLUMA TECHLITE 32GX5/32	182, 184, 185
TAKHZYRO JERINGA SUBCUTÁNEA		BOLÍGRAFO TECHLITE PLUS NDL 32G	
150 MG/ML, 300 MG/2 ML		4MM	182, 184, 185
(150 MG/ML).....	195	TECVAYLI	361
TALVEY.....	356	TEPMETKO.....	364
TALZENNA.....	355	teriflunomida	365
TASIGNA CÁPSULA ORAL 150 MG,		teriparatida pluma inyectora subcutánea	
200 MG, 50 MG	245	20 mcg/dosis (620mcg/2,48ml)	366
tasimelton	358	TERUMO INS JERINGA U100-1 ML	182, 184, 185
TAVALISSE.....	138	TERUMO INS JERINGA U100-1/2 ML	182, 184, 185
TAVNEOS	32	TERUMO INS JERINGA U100-1/3 ML	182, 184, 185
TAZVERIK.....	359	TERUMO INS SYRNG U100-1/2 ML	182, 184, 185
TECENTRIQ.....	30	cipionato de testosterona	369
TECHLITE 0,3 ML 29GX12MM (1/2)		enantato de testosterona.....	370
.....	181, 184, 185	gel transdérmico de testosterona en	
TECHLITE 0,3 ML 30GX12MM (1/2)		bomba dosificadora 12,5 mg/ 1,25	
.....	181, 184, 185		
TECHLITE 0,3 ML 30GX8MM (1/2).	181,		
184, 185			
TECHLITE 0,3 ML 31GX6MM (1/2).	181,		
184, 185			
TECHLITE 0,3 ML 31GX8MM (1/2).	181,		
184, 185			
TECHLITE 0,5 ML 29GX12MM (1/2)			
.....	181, 184, 185		
TECHLITE 0,5 ML 30GX12MM (1/2)			
.....	181, 184, 185		
TECHLITE 0,5 ML 30GX8MM (1/2).	181,		
184, 185			
TECHLITE 0,5 ML 31GX6MM (1/2).	181,		
184, 185			
TECHLITE 0,5 ML 31GX8MM (1/2).	181,		
184, 185			

gramo (1 %), 20,25 mg/1,25 gramo (1.62 %).....	368	.....182, 184, 185
gel transdérmico de testosterona en paquete 1		
% (25 mg/2,5 gramos), 1 % (50 mg/5 gramo)	368	
testosterona solución transdérmica en bomba dosificadora c/app	368	
tetrabenazina.....	371	
TEVIMBRA.....	375	
THALOMID.....	373	
THINPRO INS SYRIN U100-0,3 ML	182,	
184, 185		
THINPRO INS SYRIN U100-0,5 ML	182,	
184, 185		
THINPRO INS SYRIN U100-1 ML ...	182,	
184, 185		
TIBSOVO	193	
TIVDAK	376	
TOPCARE CLICKFINE 31G X 1/4 ..		
182, 184, 185		
TOPCARE CLICKFINE 31G X 5/16	182,	
184, 185		
JERINGA TOPCARE ULTRA COMFORT182.....	184, 185	
torpenz comprimidos orales 10 mg, 2,5 mg, 5 mg,		
7,5 mg.....	127	
TRAZIMERA.....	394	
TRELSTAR SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR PARA RECONSTITUCIÓN.....	401	
AUTOINYECTOR SUBCUTÁNEO TREMFYA155.....	156	
TREMFYA JERINGA SUBCUTÁNEA 100 MG/ML155	156	
treprostinil sódico397	398	
tretinoin.....	384	
trientina cápsula oral 250 mg	399	
TRIKAFTA GRÁNULOS ORALES EN PAQUETE,		
.....	SE	
CUENCIAL109		
TRIKAFTA COMPRIMIDOS ORALES, SECUENCIAL	109	
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML 30G 5/16	182, 184, 185	
TRUE CMFRT PRO 0,5 ML 31G 5/16		

TRUE CMFRT PRO 0,5 ML 32G 5/16	.....182, 184, 185
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 31G 5MM	.....182, 184, 185
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 31G 6MM	.....182, 184, 185
TRUE CMFT SFTY PEN NDL 32G 4MM	.....182, 184, 185
TRUE COMFORT 0.5 ML 30G 1/2..	182, 184, 185
TRUE COMFORT 0,5 ML 30G 5/16	182, 184, 185
TRUE COMFORT 0,5 ML 31G 5/16	182, 184, 185
TRUE COMFORT 0,5 ML 31GX5/16	.....182, 184, 185
TRUE COMFORT 1 ML 31GX5/16 .	182, 184, 185
COMPRESAS ALCOHOL 70% TRUE COMFORT	182, 184, 185
BOLÍGRAFO TRUE COMFORT NDL 31G 8MM	.....182, 184, 185
BOLÍGRAFO TRUE COMFORT NDL 31GX5MM	.....182, 184, 185
BOLÍGRAFO TRUE COMFORT NDL 31GX6MM	.....182, 184, 185
BOLÍGRAFO TRUE COMFORT NDL 32G 5MM	.....182, 184, 185
BOLÍGRAFO TRUE COMFORT NDL 32G 6MM	.....182, 184, 185
BOLÍGRAFO TRUE COMFORT NDL 32GX4MM	.....182, 184, 185
BOLÍGRAFO TRUE COMFORT NDL 33G 4MM	.....182, 184, 185
BOLÍGRAFO TRUE COMFORT NDL 33G 5MM	.....182, 184, 185
BOLÍGRAFO TRUE COMFORT NDL 33G 6MM	.....182, 184, 185
TRUE COMFORT PRO 1 ML 30G 1/2	.....182, 184, 185

ALMOHADILLAS DE ALCOHOL TRUE COMFORT PRO182.....	184, 185
TRUE COMFORT SFTY 1 ML 30G 1/2	182, 184, 185
TRUE COMFRT PRO 0,5 ML 30G 1/2	182, 184, 185
TRUE COMFRT SFTY 1 ML 30G 5/16	182, 184, 185
TRUE COMFRT SFTY 1 ML 31G 5/16	182, 184, 185
TRUE COMFRT SFTY 1 ML 32G 5/16	182, 184, 185
TRUEPLUS AGUJA PLUMA 29G 12MM	182, 184, 185
TRUEPLUS AGUJA PLUMA 31G 5MM	182, 184, 185
TRUEPLUS AGUJA PLUMA 31G 8MM	182, 184, 185
TRUEPLUS AGUJA PLUMA 31G X 1/4	182, 184, 185
TRUEPLUS AGUJA PLUMA 32GX5/32	182, 184, 185
TRUEPLUS SYR 0,3 ML 29GX1/2..	182, 184, 185
TRUEPLUS SYR 0,3 ML 30GX5/16	182, 184, 185
TRUEPLUS SYR 0,3 ML 31GX5/16	182, 184, 185
TRUEPLUS SYR 0,5 ML 28GX1/2..	182, 184, 185
TRUEPLUS SYR 0,5 ML 29GX1/2..	182, 184, 185
TRUEPLUS SYR 0,5 ML 30GX5/16	182, 184, 185
TRUEPLUS SYR 0,5 ML 31GX5/16	182, 184, 185
TRUEPLUS SYR 1 ML 28GX1/2.....	182, 184, 185
TRUEPLUS SYR 1 ML 29GX1/2.....	182, 184, 185
TRUEPLUS SYR 1 ML 30GX5/16....	182, 184, 185
TRUEPLUS SYR 1 ML 31GX5/16....	183, 184, 185
TRULICIDAD.....	150
TRUQAP	63
TRUSELTIQ	164
TRUXIMA	318
TUKYSA COMPRIMIDO ORAL 150 MG, 50 MG	402
TURALIO	284
TYMLOS.....	1
TYVASO	396
U	
UBRELVY	403
ULTICAR INS 0,3 ML 31GX1/4(1/2)	183, 184, 185
ULTICARE INS 1 ML 31GX1/4	183, 184, 185
ULTICARE INS SYR 0,3 ML 30G 8MM	183, 184, 185
ULTICARE INS SYR 0,3 ML 31G 6MM	183, 184, 185
ULTICARE INS SYR 0,3 ML 31G 8MM	183, 184, 185
ULTICARE INS SYR 0,5 ML 31G 6MM	183, 184, 185
ULTICARE INS SYR 1 ML 30GX1/2	183, 184, 185
ULTICARE AGUJA PLUMA 31GX3/16	183, 184, 185
ULTICARE AGUJA PLUMA 6MM 31G	183, 184, 185
ULTICARE AGUJA PLUMA 8MM 31G	183, 184, 185
ULTICARE PEN AGUJAS 12MM 29G	183, 184, 185
ULTICARE PEN AGUJAS 4MM 32G MICRO, 32GX4MM	183, 184, 185
ULTICARE PEN AGUJAS 6MM 32G	183, 184, 185
ULTICARE SAFE PEN NDL 30G 8MM	183, 184, 185
ULTICARE SAFE PEN NDL 5MM 30G	183, 184, 185
JERINGA ULTICARE 0,3 ML 29 G 12,7 MM	183, 184, 185
ULTICARE JERINGA 0,3 ML 30GX1/2	183, 184, 185
JERINGA ULTICARE 0,3 ML 31GX5/16 .	183, 184, 185

ULTICARE SYR 0,5 ML 30GX1/2 ... 183, 184, 185	.....183, 184, 185
JERINGA ULTICARE 0,5 ML 31GX5/16 . 183, 184, 185	
ULTICARE SYR 1 ML 31GX5/16.....	183, 184, 185
ULTIGUARD SAFE 1 ML 30G 12,7MM	183, 184, 185
ULTIGUARD SAFE PACK 32G 4MM	183, 184, 185
ULTIGUARD SAFE0,3 ML 30G 12,7MM	183, 184, 185
ULTIGUARD SAFE0,5 ML 30G 12,7MM	183, 184, 185
ULTIGUARD SAFEPACK 1 ML 31G 8MM183.....	183, 184, 185
ULTIGUARD SAFEPACK 29G 12,7MM	183, 184, 185
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 5MM	183, 184, 185
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 6MM	183, 184, 185
ULTIGUARD SAFEPACK 31G 8MM	183, 184, 185
ULTIGUARD SAFEPACK 32G 6MM	183, 184, 185
ULTIGUARD SAFEPK 0,3 ML 31G 8MM183.....	183, 184, 185
ULTIGUARD SAFEPK 0,5 ML 31G 8MM183.....	183, 184, 185
HISOPO ESTERILIZADO CON ALCOHOL	183, 184, 185
JERINGA DE INSULINA ULTILET 0,3 ML	183, 184, 185
JERINGA DE INSULINA ULTILET 0,5 ML	183, 184, 185
JERINGA DE INSULINA ULTILET 1 ML. 183, 184, 185	
AGUJA PLUMA ULTILET183	, 184, 185
AGUJA PLUMA ULTILET 4MM 32G.. 183, 184, 185	
JERINGA ULTRA COMFORT 0,3 ML	183, 184, 185
ULTRA CONFORT 0,5 ML 28GX1/2	

ULTRA CONFORT 0,5 ML 29GX1/2
183, 184, 185
 JERINGA ULTRA COMFORT 0,5 ML
183, 184, 185
 ULTRA CONFORT 1 ML 31GX5/16 183,
 184, 185
 JERINGA ULTRA COMFORT 1 ML 183,
 184, 185
 ULTRA FLO 0,3 ML 30G 1/2183 , 184,
 185
 ULTRA FLO 0,3 ML 30G 5/16 . 183,
 184,
 185
 ULTRA FLO 0,3 ML 31G 5/16 . 183,
 184,
 185
 AGUJA PLUMA ULTRA FLO 31G 5MM
183, 184, 185
 AGUJA PLUMA ULTRA FLO 31G 8MM
183, 184, 185
 AGUJA PLUMA ULTRA FLO 32G 4MM
183, 184, 185
 AGUJA PLUMA ULTRA FLO 33G 4MM
183, 184, 185
 ULTRA FLO PEN AGUJAS 12MM
 29G183, 184, 185
 ULTRA FLO SYR 0,3 ML 29GX1/2 .
 183, 184, 185
 ULTRA FLO SYR 0,3 ML 30G 5/16.
 183, 184, 185
 ULTRA FLO SYR 0,3 ML 31G 5/16.
 183, 184, 185
 ULTRA FLO SYR 0,5 ML 29G 1/2 ..
 183, 184, 185
 BOLÍGRAFO ULTRAFINO NDL 32G X
 4MM
183, 184, 185
 ULTRACARE INS 0,3 ML 30GX5/16
183, 184, 185
 ULTRACARE INS 0,3 ML 31GX5/16
183, 184, 185
 ULTRACARE INS 0,5 ML 30GX1/2. 183,
 184, 185
 ULTRACARE INS 0,5 ML 30GX5/16
183, 184, 185
 ULTRACARE INS 0,5 ML 31GX5/16
183, 184, 185
 ULTRACARE INS 1 ML 30G X 5/16

184, 185

ULTRACARE INS 1 ML 30GX1/2 ... 184, 185
 ULTRACARE INS 1 ML 31G X 5/16 184, 185
 ULTRACARE AGUJA PLUMA 31GX1/4184, 185
 ULTRACARE AGUJA PLUMA 31GX3/16184, 185
 ULTRACARE AGUJA PLUMA 31GX5/16184, 185
 ULTRACARE AGUJA PLUMA 32GX1/4184, 185
 ULTRACARE AGUJA PLUMA 32GX3/16184, 185
 ULTRACARE AGUJA PLUMA 32GX5/32184, 185
 ULTRACARE AGUJA PLUMA 33GX5/32184, 185
 ULTRAFINO II 1 ML 31GX5/16.....183, 184, 185
 ULTRA-THIN II INS 0,3 ML 30G183, 184, 185
 ULTRA-THIN II INS 0,3 ML 31G183, 184, 185
 ULTRA-THIN II INS 0,5 ML 29G183, 184, 185
 ULTRA-THIN II INS 0,5 ML 30G183, 184, 185
 ULTRA-THIN II INS 0,5 ML 31G183, 184, 185
 ULTRA-THIN II INS SYR 1 ML 29G 183, 184, 185
 ULTRA-THIN II INS SYR 1 ML 30G 183, 184, 185
 BOLÍGRAFO ULTRAFINO II NDL 29GX1/2 183, 184, 185
 BOLÍGRAFO ULTRAFINO II NDL 31GX5/16183, 184, 185
 AGUJA PLUMA UNIFINE 32G 4MM.. 184, 185
 PENTIPS UNIFINE 12MM 29G 29GX12MM, STRL184....., 185
 UNIFINE PENTIPS 31GX3/16 . 184, 185
 UNIFINE PENTIPS 32GX1/4184, 185
 UNIFINE PENTIPS 32GX5/32 . 184, 185
 UNIFINE PENTIPS 33GX5/32 . 184, 185
 UNIFINE PENTIPS 6MM 31G .. 184, 185
 UNIFINE PENTIPS MAX 30GX3/16 184, 185
 AGUJAS UNIFINE PENTIPS 29G 184, 185
 UNIFINE PENTIPS PLUS 29GX1/2 184, 185
 UNIFINE PENTIPS PLUS 30GX3/16184, 185
 UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX1/4 184, 185
 UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX3/16184, 185
 UNIFINE PENTIPS PLUS 31GX5/16184, 185
 UNIFINE PENTIPS PLUS 32GX5/32184, 185
 UNIFINE PENTIPS PLUS 33GX5/32184, 185
 UNIFINE PROTECT 30G 5MM 184, 185
 UNIFINE PROTECT 30G 8MM 184, 185
 UNIFINE PROTECT 32G 4MM 184, 185
 UNIFINE SAFECONTROL 30GX3/16184, 185
 UNIFINE SAFECONTROL 30GX5/16184, 185
 UNIFINE SAFECONTROL 31G 5MM184, 185
 UNIFINE SAFECONTROL 31G 6MM184, 185
 UNIFINE SAFECONTROL 31G 8MM184, 185
 UNIFINE SAFECONTROL 32G 4MM184, 185
 BOLÍGRAFO UNIFINE ULTRA NDL 31G 5MM184, 185
 BOLÍGRAFO UNIFINE ULTRA NDL 31G 6MM184, 185
 BOLÍGRAFO UNIFINE ULTRA NDL 31G 8MM184, 185
 BOLÍGRAFO UNIFINE ULTRA NDL 32G 4MM184, 185
 UPTRAVI INTRAVENOSO333
 UPTRAVI COMPRIMIDO ORAL 1.000

MCG, 1.200 MCG, 1.400 MCG, 1.600
MCG,

200 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG333
 UPTRAVI COMPRIMIDOS ORALES, ENVASE DOSIFICADOR333

V

VALCHLOR226
 VANFLYTA297
 VANISHPOINT 0,5 ML 30GX1/2184, 185
 VANISHPOINT INS 1 ML 30GX3/16 184, 185
 VANISHPOINT U-100 29X1/2 SYR 184, 185
 VEGZELMA47
 VENCLEXTA COMPRIMIDO ORAL 10 MG, 100 MG, 50 MG411
 VENCLEXTA ENVASE INICIAL411
 VEOZAH133
 VERIFINE INS SYR 1 ML 29G 1/2.. 184, 185
 VERIFINE AGUJA PLUMA 29G 12MM184, 185
 VERIFINE AGUJA PLUMA 31G 5MM 184, 185
 AGUJA PLUMA VERIFINE 31G X 6MM184, 185
 AGUJA PLUMA VERIFINE 31G X 8MM184, 185
 VERIFINE AGUJA PLUMA 32G 6MM 184, 185
 AGUJA PLUMA VERIFINE 32G X 4MM184, 185
 VERIFINE AGUJA PLUMA 32G X 5MM184, 185
 VERIFINE PLUS PEN NDL 31G 5MM184, 185
 VERIFINE PLUS PEN NDL 31G 8MM184, 185
 VERIFINE PLUS PEN NDL 32G 4MM184, 185
 VERIFINE PLUS PEN NDL 32G 4MM-CONTENEDOR DE OBJETOS PUNZANTES 184185
 VERIFINE JERINGA 0,5 ML 29G 1/2 184, 185
 VERIFINE JERINGA 1 ML 31G 5/16 184, 185

VERIFINE SYRNG 0,3 ML 31G 5/16184, 185
 VERIFINE SYRNG 0,5 ML 31G 5/16184, 185
 VERQUVO412
 VERSALON ESPONJA MULTIUSOS 25'S,N-ESTÉRIL,3PLY184, 185
 VERZENIO6
 vigabatrin413
 vigadron413
 vigpoder413
 VITRAKVI CÁPSULA ORAL 100 MG, 25 MG198
 VITRAKVI SOLUCIÓN ORAL198
 VIZIMPRO79
 VONJO268
 VORANIGO415
 voriconazol suspensión oral para reconstitución416
 VOSEVI343
 VOWST129
 VUMERITY94

W

WEBCOL ALCOHOL PREPS 20'S,LARGE 184185
 WELIREG42
 WINREVAIR349

X

XALKORI CÁPSULA ORAL75
 XALKORI ORAL PELLET 150 MG, 20 MG, 50 MG76
 XDEMVY220
 XELJANZ381382
 XELJANZ XR381382
 XERMELO363
 XGEVA89
 XIFAXAN COMPRIMIDO ORAL 200 MG, 550 MG306
 XOLAIR262264
 XOSPATA145
 XPOVIO COMPRIMIDO ORAL 100 MG/SEMANA (50 MG X 2), 40 MG/SEMANA (40 MG X 1), 40 MG DOS VECES POR SEMANA (40 MG X 2), 60 MG/SEMANA (60 MG X 1), 60 MG DOS VECES POR SEMANA (120

MG/SEMANA), 80

MG/SEMANA (40 MG X 2), 80 MG DOS VECES POR SEMANA (160 MG/SEMANA) ... 334 XTANDI CÁPSULA ORAL.....	118
XTANDI COMPRIMIDO ORAL 40 MG, 80 MG	118
XYOSTED	370
Y	
yargesa.....	234
YERVOY	190
YONSA.....	8
Z	
ZARXIO	135
ZEJULA CÁPSULA ORAL	248

ZEJULA COMPRIMIDO ORAL	248
ZELBORAF	410
ZIRABEV	49
ZOLADEX.....	154
ZTALMY	143
ZTLIDO.....	213
ZURZUVAE CÁPSULA ORAL 20 MG, 25 MG, 30 MG	418
ZYDELIG	161
ZYKADIA	67
ZYMFENTRA	173
ZYNLONTA	218
ZYNYZ	303