GOLD KIDNEY HEALTH PLAN

Requisitos de autorización previa 11/1/2026

Fecha de actualización: 10/23/2026

ABALOPARATIDA

Productos afectados

- TYMLOS

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	24 MESES
Otros criterios	OSTEOPOROSIS: NO HA RECIBIDO UN TOTAL DE 24 MESES DE TRATAMIENTO ACUMULADO CON NINGUNA TERAPIA HORMONAL PARATIROIDEA.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

ABATACEPT IV

Productos afectados

- ORENCIA (CON MALTOSA)

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	INICIAL: ARTRITIS REUMATOIDE (AR), ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL POLIARTICULAR (AIJP): PRESCRITO POR UN REUMATÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UN REUMATÓLOGO. ARTRITIS PSORIÁSICA (APE): PRESCRITO POR UN DERMATÓLOGO O REUMATÓLOGO, O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	AR, AIJP, APE: INICIAL: 6 MESES, RENOVACIÓN: 12 MESES. ENFERMEDAD AGUDA DE INJERTO CONTRA HUÉSPED (EICH AGUDA): 1 MES.
Otros criterios	INICIAL: TODAS LAS INDICACIONES: SIN USO CONCOMITANTE CON OTRO AGENTE BIOLÓGICO SISTÉMICO NI MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR PDE-4) PARA LA MISMA INDICACIÓN. AR: PRUEBA DE 3 MESES DE TRATAMIENTO CON UN DMARD (FÁRMACO ANTIRREUMÁTICO MODIFICADOR DE LA ENFERMEDAD) SINTÉTICO CONVENCIONAL O CONTRAINDICACIÓN DE UNO. SI EL PACIENTE PROBÓ METOTREXATO, ENTONCES SE REQUIERE UNA PRUEBA A UNA DOSIS MAYOR O IGUAL A 20 MG POR SEMANA O LA DOSIS MÁXIMA TOLERADA. RENOVACIÓN: AR, AIJP, APE: 1) SIGUE BENEFICIÁNDOSE DEL MEDICAMENTO Y 2) SIN USO CONCOMITANTE CON OTRO AGENTE BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS PARA LA MISMA INDICACIÓN.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Fecha de actualización: 10/23/2026

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

ABATACEPT SQ

Productos afectados

- ORENCIA
- ORENCIA CLICKJECT

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	INICIAL: ARTRITIS REUMATOIDE (AR), ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL POLIARTICULAR (AIJP): PRESCRITO POR UN REUMATÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UN REUMATÓLOGO. ARTRITIS PSORIÁSICA (APE): PRESCRITO POR UN DERMATÓLOGO O REUMATÓLOGO, O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	INICIAL: AR: PRUEBA DE 3 MESES DE TRATAMIENTO CON UN DMARD (FÁRMACO ANTIRREUMÁTICO MODIFICADOR DE LA ENFERMEDAD) SINTÉTICO CONVENCIONAL O CONTRAINDICACIÓN DE UNO. SI UN PACIENTE PROBÓ METOTREXATO, SE REQUIERE UNA PRUEBA A UNA DOSIS DE AL MENOS 20 MG POR SEMANA O LA DOSIS MÁXIMA TOLERADA. INICIAL/RENOVACIÓN: TODAS LAS INDICACIONES: SIN USO CONCOMITANTE CON OTRO AGENTE BIOLÓGICO SISTÉMICO NI MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR PDE-4) PARA LA MISMA INDICACIÓN. RENOVACIÓN: AR, AIJP, APE: SIGUE BENEFICIÁNDOSE DEL MEDICAMENTO.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

Fecha de actualización: 10/23/2026

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

ABEMACICLIB

Productos afectados

- VERZENIO

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

ABIRATERONA

Productos afectados

- *Abiraterona*
- *Abirtega*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO SENSIBLE A LA CASTRACIÓN DE ALTO RIESGO (MCSPC), CÁNCER DE PRÓSTATA RESISTENTE A LA CASTRACIÓN METASTÁSICO (MCRPC): 1) RECIBIÓ UNA ORQUIECTOMÍA BILATERAL, 2) NIVEL DE CASTRACIÓN DE TESTOSTERONA (ES DECIR, MENOS DE 50 NG/DL) O 3) USO CONCOMITANTE CON UN ANÁLOGO DE LA HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINAS (GNRH).
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

ABIRATERONA SUBMICRONIZADA

Productos afectados

- *Abiraterona, submicronizada*
- YONSA

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	CÁNCER DE PRÓSTATA RESISTENTE A LA CASTRACIÓN METASTÁSICO (MCRPC): 1) RECIBIÓ UNA ORQUIECTOMÍA BILATERAL, 2) NIVEL DE CASTRACIÓN DE TESTOSTERONA (ES DECIR, MENOS DE 50 NG/DL), O 3) USO CONCOMITANTE CON UN ANÁLOGO DE LA HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINAS (GNRH).
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

ACALABRUTINIB

Productos afectados

- CALQUENCE (MALEATO DE ACALABRUTINIB)

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

ACORAMIDIS

Productos afectados
- ATTRUBY

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	CARDIOMIOPATÍA DE TIPO SALVAJE O VARIANTE DE AMILOIDOSIS MEDIADA POR TRANSTIRETINA (ATTR-CM): INICIAL: 1) INSUFICIENCIA CARDÍACA CLASE I, II O III DE LA NEW YORK HEART ASSOCIATION (NYHA), Y 2) DIAGNÓSTICO CONFIRMADO MEDIANTE (A) GAMMAGRAFÍA ÓSEA (ESCINTIGRAFÍA) FUERTEMENTE POSITIVA PARA LA CAPTACIÓN MIOCÁRDICA DE TC-99M-PYP, O (B) BIOPSIA DE TEJIDO DE LOS ÓRGANOS AFECTADOS (SITIOS CARDÍACOS Y POSIBLEMENTE NO CARDÍACOS) QUE DEMUESTRE LA PRESENCIA DE AMILOIDE Y TIPIFICACIÓN QUÍMICA PARA CONFIRMAR LA PRESENCIA DE LA PROTEÍNA TRANSTIRETINA (TTR).
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	ATTR-CM: INICIAL: PRESCRITO POR UN CARDIÓLOGO, ESPECIALISTA EN ATTR O GENETISTA MÉDICO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	ATTR-CM: INICIAL/RENOVACIÓN: SIN USO CONCOMITANTE CON OTROS ESTABILIZADORES TTR DE ATTR-CM (P. EJ., TAFAMIDIS).
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No

Fecha de actualización: 10/23/2026

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Se requiere terapia previa	No

ADAGRASIB

Productos afectados

- KRAZATI

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

ADALIMUMAB

Productos afectados

- PLUMA HUMIRA
- HUMIRA KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA 40 MG/0.8 ML
- HUMIRA(CF)
- HUMIRA(CF) PEDI CROHNS INICIAL
- PLUMA HUMIRA(CF)
- PLUMA HUMIRA(CF) CROHNS-UC-HS
- PLUMA HUMIRA(CF) PEDIÁTRICA UC
- PLUMA HUMIRA(CF) PSOR-UV-ADOL HS

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	INICIAL: PSORIASIS EN PLACAS (PSO): LA PSORIASIS CUBRE EL 3 POR CIENTO O MÁS DEL ÁREA DE SUPERFICIE CORPORAL O LESIONES PSORIÁSICAS QUE AFECTAN LAS MANOS, PIES, ROSTRO, CUERO CABELLUDO O ZONA GENITAL.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	INICIAL: AR, AIJP, ESPONDILITIS ANQUILOSANTE (EA): PRESCRITO POR UN REUMATÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UN REUMATÓLOGO. ARTRITIS PSORIÁSICA (APE): PRESCRITO POR UN DERMATÓLOGO O REUMATÓLOGO, O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO. PSO, HIDRADENITIS SUPURATIVA (HS): PRESCRITO POR UN DERMATÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UN DERMATÓLOGO. ENFERMEDAD DE CROHN (CD), COLITIS ULCEROSA (CU): PRESCRITO POR UN GASTROENTERÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UN GASTROENTERÓLOGO. UVEÍTIS: PRESCRITO POR UN OFTALMÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UN OFTALMÓLOGO.
Duración de la cobertura	INICIAL: AR, PSO, AIJP, EA, APE, CD, CU, UVEÍTIS: 6 MESES, HS: 12 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	INICIAL: ARTRITIS REUMATOIDE (AR): PRUEBA DE 3 MESES DE TRATAMIENTO CON UN DMARD (FÁRMACO ANTIRREUMÁTICO MODIFICADOR DE LA ENFERMEDAD) SINTÉTICO CONVENCIONAL O CONTRAINDICACIÓN DE UNO. SI EL PACIENTE PROBÓ METOTREXATO, ENTONCES SE

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
	REQUIERE UNA PRUEBA A UNA DOSIS DE AL MENOS 20 MG POR SEMANA O LA DOSIS MÁXIMA TOLERADA. EA: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UN AINE. PSO: 1) AL MENOS UNA PRUEBA DE 3 MESES CON UN INMUNOSUPRESOR ORAL (CICLOSPORINA, METOTREXATO, TACROLIMUS) O PUVA (FOTOTERAPIA), 2) CONTRAINDICACIÓN O INTOLERANCIA TANTO AL INMUNOSUPRESOR COMO AL PUVA, O 3) EL PACIENTE CAMBIA DE OTRO AGENTE BIOLÓGICO, INHIBIDOR DE PDE-4 O INHIBIDOR DE JAK PARA LA MISMA INDICACIÓN. UVEÍTIS: NO PRESENTA UVEÍTIS ANTERIOR AISLADA. INICIAL/RENOVACIÓN: TODAS LAS INDICACIONES: SIN USO CONCOMITANTE CON OTRO AGENTE BIOLÓGICO SISTÉMICO NI MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR PDE-4) PARA LA MISMA INDICACIÓN. RENOVACIÓN: AR, ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL POLIARTICULAR (AIJP), APE, EA, PSO, HS, UVEÍTIS: SIGUE BENEFICIÁNDOSE DEL MEDICAMENTO.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

ADALIMUMAB-AATY

Productos afectados

- *adalimumab-aaty*
- *Adalimumab-Aaty(cf) AI Crohn*
- YUFLYMA(CF)
- YUFLYMA(CF) AI CROHN'S-UC-HS
- AUTOINYECTOR YUFLYMA(CF)

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	INICIAL: PSORIASIS EN PLACAS (PSO): LA PSORIASIS CUBRE EL 3 POR CIENTO O MÁS DEL ÁREA DE SUPERFICIE CORPORAL O LESIONES PSORIÁSICAS QUE AFECTAN LAS MANOS, PIES, ROSTRO, CUERO CABELLUDO O ZONA GENITAL.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	INICIAL: AR, AIJP, ESPONDILITIS ANQUILOSANTE (EA): PRESCRITO POR UN REUMATÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UN REUMATÓLOGO. ARTRITIS PSORIÁSICA (APE): PRESCRITO POR UN DERMATÓLOGO O REUMATÓLOGO, O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO. PSO, HIDRADENITIS SUPURATIVA (HS): PRESCRITO POR UN DERMATÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UN DERMATÓLOGO. ENFERMEDAD DE CROHN (CD), COLITIS ULCEROSA (CU): PRESCRITO POR UN GASTROENTERÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UN GASTROENTERÓLOGO. UVEÍTIS: PRESCRITO POR UN OFTALMÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UN OFTALMÓLOGO.
Duración de la cobertura	INICIAL: AR, PSO, AIJP, EA, APE, CD, CU, UVEÍTIS: 6 MESES, HS: 12 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	INICIAL: ARTRITIS REUMATOIDE (AR): PRUEBA DE 3 MESES DE TRATAMIENTO CON UN DMARD (FÁRMACO ANTIRREUMÁTICO MODIFICADOR DE LA ENFERMEDAD) SINTÉTICO CONVENCIONAL O CONTRAINDICACIÓN DE UNO. SI EL PACIENTE PROBÓ METOTREXATO, ENTONCES SE REQUIERE UNA PRUEBA A UNA DOSIS DE AL MENOS 20 MG POR SEMANA O LA DOSIS MÁXIMA TOLERADA. EA: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UN AINE. PSO: 1) AL MENOS UNA PRUEBA DE 3 MESES CON UN INMUNOSUPRESOR ORAL

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
	(CICLOSPORINA, METOTREXATO, TACROLIMUS) O PUVA (FOTOTERAPIA), 2) CONTRAINDICACIÓN O INTOLERANCIA TANTO AL INMUNOSUPRESOR COMO AL PUVA, O 3) EL PACIENTE CAMBIA DE OTRO AGENTE BIOLÓGICO, INHIBIDOR DE PDE-4 O INHIBIDOR DE JAK PARA LA MISMA INDICACIÓN. UVEÍTIS: NO PRESENTA UVEÍTIS ANTERIOR AISLADA. INICIAL/RENOVACIÓN: TODAS LAS INDICACIONES: SIN USO CONCOMITANTE CON OTRO AGENTE BIOLÓGICO SISTÉMICO NI MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR PDE-4) PARA LA MISMA INDICACIÓN. RENOVACIÓN: AR, ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL POLIARTICULAR (AIJP), APE, EA, PSO, HS, UVEÍTIS: SIGUE BENEFICIÁNDOSE DEL MEDICAMENTO.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

ADALIMUMAB-ADBM

Productos afectados

- CYLTEZO(CF)
- PLUMA CYLTEZO(CF)
- PLUMA CYLTEZO(CF) CROHN'S-UC-HS
- PLUMA CYLTEZO(CF) PSORIASIS-UV

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	INICIAL: PSORIASIS EN PLACAS (PSO): LA PSORIASIS CUBRE EL 3 POR CIENTO O MÁS DEL ÁREA DE SUPERFICIE CORPORAL O LESIONES PSORIÁSICAS QUE AFECTAN LAS MANOS, PIES, ROSTRO, CUERO CABELLUDO O ZONA GENITAL.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	INICIAL: AR, AIJP, ESPONDILITIS ANQUILOSANTE (EA): PRESCRITO POR UN REUMATÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UN REUMATÓLOGO. ARTRITIS PSORIÁSICA (APE): PRESCRITO POR UN DERMATÓLOGO O REUMATÓLOGO, O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO. PSO, HIDRADENITIS SUPURATIVA (HS): PRESCRITO POR UN DERMATÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UN DERMATÓLOGO. ENFERMEDAD DE CROHN (CD), COLITIS ULCEROSA (CU): PRESCRITO POR UN GASTROENTERÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UN GASTROENTERÓLOGO. UVEÍTIS: PRESCRITO POR UN OFTALMÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UN OFTALMÓLOGO.
Duración de la cobertura	INICIAL: AR, PSO, AIJP, EA, APE, CD, CU, UVEÍTIS: 6 MESES, HS: 12 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	INICIAL: ARTRITIS REUMATOIDE (AR): PRUEBA DE 3 MESES DE TRATAMIENTO CON UN DMARD (FÁRMACO ANTIRREUMÁTICO MODIFICADOR DE LA ENFERMEDAD) SINTÉTICO CONVENCIONAL O CONTRAINDICACIÓN DE UNO. SI EL PACIENTE PROBÓ METOTREXATO, ENTONCES SE REQUIERE UNA PRUEBA A UNA DOSIS DE AL MENOS 20 MG POR SEMANA O LA DOSIS MÁXIMA TOLERADA. EA: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UN AINE. PSO: 1) AL MENOS UNA PRUEBA DE 3 MESES CON UN INMUNOSUPRESOR ORAL

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
	(CICLOSPORINA, METOTREXATO, TACROLIMUS) O PUVA (FOTOTERAPIA), 2) CONTRAINDICACIÓN O INTOLERANCIA TANTO AL INMUNOSUPRESOR COMO AL PUVA, O 3) EL PACIENTE CAMBIA DE OTRO AGENTE BIOLÓGICO, INHIBIDOR DE PDE-4 O INHIBIDOR DE JAK PARA LA MISMA INDICACIÓN. UVEÍTIS: NO PRESENTA UVEÍTIS ANTERIOR AISLADA. INICIAL/RENOVACIÓN: TODAS LAS INDICACIONES: SIN USO CONCOMITANTE CON OTRO AGENTE BIOLÓGICO SISTÉMICO NI MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR PDE-4) PARA LA MISMA INDICACIÓN. RENOVACIÓN: AR, ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL POLIARTICULAR (AIJP), APE, EA, PSO, HS, UVEÍTIS: SIGUE BENEFICIÁNDOSE DEL MEDICAMENTO.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

ADALIMUMAB-BWWD

Productos afectados

- HADLIMA
- HADLIMA PUSHTOUCH
- HADLIMA(CF)
- HADLIMA(CF) PUSHTOUCH

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	INICIAL: PSORIASIS EN PLACAS (PSO): LA PSORIASIS CUBRE EL 3 POR CIENTO O MÁS DEL ÁREA DE SUPERFICIE CORPORAL O LESIONES PSORIÁSICAS QUE AFECTAN LAS MANOS, PIES, ROSTRO, CUERO CABELLUDO O ZONA GENITAL.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	INICIAL: AR, AIJP, ESPONDILITIS ANQUILOSANTE (EA): PRESCRITO POR UN REUMATÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UN REUMATÓLOGO. ARTRITIS PSORIÁSICA (APE): PRESCRITO POR UN DERMATÓLOGO O REUMATÓLOGO, O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO. PSO, HIDRADENITIS SUPURATIVA (HS): PRESCRITO POR UN DERMATÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UN DERMATÓLOGO. ENFERMEDAD DE CROHN (CD), COLITIS ULCEROSA (CU): PRESCRITO POR UN GASTROENTERÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UN GASTROENTERÓLOGO. UVEÍTIS: PRESCRITO POR UN OFTALMÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UN OFTALMÓLOGO.
Duración de la cobertura	INICIAL: AR, PSO, AIJP, EA, APE, CD, CU, UVEÍTIS: 6 MESES, HS: 12 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	INICIAL: ARTRITIS REUMATOIDE (AR): PRUEBA DE 3 MESES DE TRATAMIENTO CON UN DMARD (FÁRMACO ANTIRREUMÁTICO MODIFICADOR DE LA ENFERMEDAD) SINTÉTICO CONVENCIONAL O CONTRAINDICACIÓN DE UNO. SI EL PACIENTE PROBÓ METOTREXATO, ENTONCES SE REQUIERE UNA PRUEBA A UNA DOSIS DE AL MENOS 20 MG POR SEMANA O LA DOSIS MÁXIMA TOLERADA. EA: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UN AINE. PSO: 1) AL MENOS UNA PRUEBA DE 3 MESES CON UN INMUNOSUPRESOR ORAL

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
	(CICLOSPORINA, METOTREXATO, TACROLIMUS) O PUVA (FOTOTERAPIA), 2) CONTRAINDICACIÓN O INTOLERANCIA TANTO AL INMUNOSUPRESOR COMO AL PUVA, O 3) EL PACIENTE CAMBIA DE OTRO AGENTE BIOLÓGICO, INHIBIDOR DE PDE-4 O INHIBIDOR DE JAK PARA LA MISMA INDICACIÓN. UVEÍTIS: NO PRESENTA UVEÍTIS ANTERIOR AISLADA. INICIAL/RENOVACIÓN: TODAS LAS INDICACIONES: SIN USO CONCOMITANTE CON OTRO AGENTE BIOLÓGICO SISTÉMICO NI MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR PDE-4) PARA LA MISMA INDICACIÓN. RENOVACIÓN: AR, ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL POLIARTICULAR (AIJP), APE, EA, PSO, HS, UVEÍTIS: SIGUE BENEFICIÁNDOSE DEL MEDICAMENTO.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

AFATINIB

Productos afectados

- GILOTRIF

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS METASTÁSICO (CPCNM) CON MUTACIÓN EGFR: SIN TRATAMIENTO CONCOMITANTE CON UN INHIBIDOR DE TIROSINA QUINASA EGFR.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

ALECTINIB

Productos afectados

- ALECENSA

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

ALPELISIB-PIQRAY

Productos afectados

- 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)

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

AMBRISENTAN

Productos afectados

- *Ambrisentan*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR (HAP): INICIAL: DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR CATETERISMO CARDÍACO DERECHO CON LOS SIGUIENTES PARÁMETROS: 1) PRESIÓN ARTERIAL PULMONAR (PAP) MEDIA MAYOR A 20 MMHG, 2) PRESIÓN DE ENCLAVAMIENTO CAPILAR PULMONAR (PCWP) DE 15 MMHG O MENOS, Y 3) RESISTENCIA VASCULAR PULMONAR (RVP) MAYOR A 2 UNIDADES WOOD.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	HAP: INICIAL: PRESCRITO POR UN CARDIÓLOGO O NEUMÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	HAP: INICIAL: NO TIENE FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

AMIKACINA LIPOSOMAL INH

Productos afectados

- ARIKAYCE

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	ENFERMEDAD PULMONAR DEL COMPLEJO DE MYCOBACTERIUM AVIUM (MAC): RENOVACIÓN: 1) SIN CULTIVO DE ESPUTO POSITIVO PARA MAC DESPUÉS DE CULTIVOS NEGATIVOS CONSECUTIVOS, Y 2) MEJORA EN LOS SÍNTOMAS. ADICIONALMENTE, PARA LA PRIMERA RENOVACIÓN, LA APROBACIÓN REQUIERE AL MENOS UN CULTIVO DE ESPUTO NEGATIVO PARA MAC AL CUMPLIR SEIS MESES DE TRATAMIENTO CON ARIKAYCE. PARA SEGUNDAS Y POSTERIORES RENOVACIONES, LA APROBACIÓN REQUIERE AL MENOS TRES CULTIVOS NEGATIVOS DE ESPUTO PARA MAC ANTES DE 12 MESES DE TRATAMIENTO ARIKAYCE.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	ENFERMEDAD PULMONAR MAC: INICIAL: PRESCRITO POR UN NEUMÓLOGO O ESPECIALISTA EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 6 MESES.
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

AMIVANTAMAB-HYALURONIDASE-LPUJ

Productos afectados

- RYBREVANT FASPRO

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

AMIVANTAMAB-VMJW

Productos afectados

- RYBREVANT

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

ANAKINRA

Productos afectados
- KINERET

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	ENFERMEDAD POR CORONAVIRUS 2019 (COVID-19) EN ADULTOS HOSPITALIZADOS.
Información médica requerida	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 ELEVADO, ESR, PROTEÍNA AMILOIDE A EN SUERO (SAA) O PROTEÍNAS S100), Y 2) DOS DE LOS SIGUIENTES: ERUPCIÓN SIMILAR A LA URTICARIA (DERMATITIS NEUTROFÍLICA), EPISODIOS DESENCADENADOS POR FRÍO, PÉRDIDA DE AUDICIÓN 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 TIPO PSORIASIS PUSTULAR, OSTEOMIELITIS, AUSENCIA DE OSTEOMIELITIS BACTERIANA, ONICOMADESIS.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	INICIAL: ARTRITIS REUMATOIDE (AR): PRESCRITO POR UN REUMATÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UN REUMATÓLOGO.
Duración de la cobertura	AR: INICIAL: 6 MESES, RENOVACIÓN: 12 MESES. CAPS, DIRA: TODA LA VIDA.
Otros criterios	INICIAL: TODAS LAS INDICACIONES: SIN USO CONCOMITANTE CON OTRO AGENTE BIOLÓGICO SISTÉMICO NI MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR PDE-4) PARA LA MISMA INDICACIÓN. AR: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
	PREFERIDOS: HUMIRA/CYLTEZO/YUFLYMA/HADLIMA, XELJANZ, RINVOQ, ORENCIA. RENOVACIÓN: AR: 1) SIGUE BENEFICIÁNDOSE DEL MEDICAMENTO Y 2) SIN USO CONCOMITANTE CON OTRO AGENTE BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS PARA LA MISMA INDICACIÓN.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

APALUTAMIDA

Productos afectados

- ERLEADA COMPRIMIDO ORAL 240 MG, 60 MG

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	CÁNCER DE PRÓSTATA RESISTENTE A LA CASTRACIÓN NO METASTÁSICO (NMCRPC), CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO SENSIBLE A LA CASTRACIÓN (MCSPC): 1) RECIBIÓ UNA ORQUIECTOMÍA BILATERAL, 2) NIVEL DE CASTRACIÓN DE TESTOSTERONA (ES DECIR, MENOS DE 50 NG/DL), O 3) USO CONCOMITANTE CON UN ANÁLOGO DE LA HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINAS (GNRH).
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

APOMORFINA - APOKYN

Productos afectados

- *Apomorfina*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	ENFERMEDAD DE PARKINSON (EP): INICIAL: PRESCRITO POR UN NEURÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UN NEURÓLOGO.
Duración de la cobertura	INICIAL: 6 MESES, RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	EP: RENOVACIÓN: MEJORA DE LAS FLUCTUACIONES MOTORAS DURANTE LOS EPISODIOS DE BAJA MIENTRAS SE ESTÁ EN TERAPIA.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

APOMORFINA - ONAPGO

Productos afectados

- ONAPGO

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	ENFERMEDAD DE PARKINSON (EP): INICIAL: PRESCRITO POR UN NEURÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UN NEURÓLOGO.
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	EP: RENOVACIÓN: MEJORA DE LOS SÍNTOMAS MOTORES DURANTE LA TERAPIA.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

APREMILAST

Productos afectados

- OTEZLA
- OTEZLA STARTER
- OTEZLA XR
- INICIACIÓN OTEZLA XR

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	INICIAL: PSORIASIS EN PLACAS LEVE (PSO): 1) PSORIASIS QUE CUBRE MENOS DEL 3 POR CIENTO DEL ÁREA DE SUPERFICIE CORPORAL (BSA), 2) PUNTUACIÓN DE STATIC PHYSICIAN GLOBAL ASSESSMENT (SPGA) DE 2, O 3) PUNTUACIÓN DE PSORIASIS AREA AND SEVERITY INDEX (PASI) DE 2 A 9. PSO MODERADA A SEVERA: PSORIASIS QUE CUBRE EL 3 POR CIENTO O MÁS DE LA BSA, O LESIONES PSORIÁSICAS QUE AFECTAN LAS MANOS, PIES, ROSTRO, CUERO CABELLUDO O ZONA GENITAL.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	INICIAL: ARTRITIS PSORIÁSICA (APE): PRESCRITO POR UN DERMATÓLOGO O REUMATÓLOGO, O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO. PSO: PRESCRITO POR UN DERMATÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO. ENFERMEDAD DE BEHÇET: PRESCRITO POR UN REUMATÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UN REUMATÓLOGO.
Duración de la cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	INICIAL: PSO LEVE: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UNA TERAPIA SISTÉMICA CONVENCIONAL (P. EJ., METOTREXATO, ACITRETINA, CICLOSPORINA) O A UNA TERAPIA TÓPICA CONVENCIONAL (P. EJ., CORTICOSTEROIDES TÓPICOS). PSO MODERADA A GRAVE: 1) AL MENOS UNA PRUEBA DE 3 MESES CON UN INMUNOSUPRESOR ORAL (CICLOSPORINA, METOTREXATO, TACROLIMUS) O PUVA (FOTOTERAPIA), 2) CONTRAINDICACIÓN O INTOLERANCIA TANTO AL INMUNOSUPRESOR COMO AL PUVA, O 3) EL PACIENTE

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
	CAMBIA DE OTRO AGENTE BIOLÓGICO, INHIBIDOR DE PDE-4 O INHIBIDOR DE JAK PARA LA MISMA INDICACIÓN. ENFERMEDAD DE BEHÇET: TIENE ÚLCERAS ORALES O UN HISTORIAL DE ÚLCERAS ORALES RECURRENTES SEGÚN SÍNTOMAS CLÍNICOS, Y 2) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UNO O MÁS TRATAMIENTOS CONSERVADORES (P. EJ., COLCHICINA, CORTICOSTEROIDES TÓPICOS, CORTICOSTEROIDES ORALES). INICIAL/RENOVACIÓN: TODAS LAS INDICACIONES: SIN USO CONCOMITANTE CON OTRO AGENTE BIOLÓGICO SISTÉMICO NI MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR PDE-4) PARA LA MISMA INDICACIÓN. RENOVACIÓN: TODAS LAS INDICACIONES: SIGUE BENEFICIÁNDOSE DEL MEDICAMENTO.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

ARIMOCLOMOL

Productos afectados

- MIPLYFFA

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	ENFERMEDAD DE NIEMANN-PICK TIPO C (NPC): INICIAL: PRESCRITO POR UN NEURÓLOGO O GENETISTA, O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	NPC: RENOVACIÓN: MEJORA O RALENTIZACIÓN DE LA PROGRESIÓN DE LA ENFERMEDAD.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

ASCIMINIB

Productos afectados

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

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	PACIENTES PREVIAMENTE TRATADOS O CON MUTACIÓN DE T315I DE LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA CROMOSOMA FILADELFIA POSITIVO (LMC PH+): EL ANÁLISIS MUTACIONAL PREVIO AL INICIO Y SCEMBLIX ES APROPIADO SEGÚN LA TABLA DE DIRECTRICES DE LA NCCN PARA RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO SEGÚN EL PERFIL DE MUTACIÓN BCR-ABL1.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

ASFOTASA ALFA

Productos afectados

- STRENSIQ

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	HIPOFOSFATASIA (HPP): INICIAL: PRESCRITO POR UN ENDOCRINÓLOGO, GENETISTA O ESPECIALISTA METABÓLICO, O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	INICIAL: HPP DE INICIO PERINATAL/INFANTIL: 1) 6 MESES O MENOS DE EDAD AL INICIO DE LA HPP Y 2) POSITIVO PARA UNA MUTACIÓN DE UN GEN DE LA FOSFATASA ALCALINA INESPECÍFICA TISULAR (TNSALP) (ALPL) CONFIRMADA MEDIANTE PRUEBAS GENÉTICAS O DOS DE LOS SIGUIENTES: (A) NIVEL DE FOSFATASA ALCALINA SÉRICA (ALP) POR DEBAJO DEL RANGO NORMAL PARA LA EDAD DEL PACIENTE, (B) NIVELES ELEVADOS DE FOSFATO DE PIRIDOXAL-5' (PLP) SÉRICO Y SIN SUPLEMENTACIÓN CON VITAMINA B6 EN LA SEMANA ANTERIOR, (C) NIVEL DE FOSFOETANOLAMINA (PEA) EN ORINA POR ENCIMA DEL RANGO NORMAL PARA LA EDAD DEL PACIENTE, (D) EVIDENCIA RADIOGRÁFICA DE HPP, (E) AL MENOS DOS DE LOS SIGUIENTES: (I) DEFORMIDAD TORÁCICA RAQUÍTICA, (II) CRANEOSINOSTOSIS, (III) RETRASO EN EL CRECIMIENTO ÓSEO QUE TIENE COMO RESULTADO EL RETRASO DEL DESARROLLO MOTOR, (IV) ANTECEDENTES DE CRISIS DEPENDIENTES DE VITAMINA B6, (V) NEFROCALCINOSIS O ANTECEDENTES DE ELEVACIÓN DE CALCIO EN SUERO, (VI) ANTECEDENTES O PRESENCIA DE

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
	FRACTURA POSNATAL NO TRAUMÁTICA Y RETRASO EN LA CICATRIZACIÓN DE LA FRACTURA. HPP DE INICIO JUVENIL: 1) 18 AÑOS O MENOS AL INICIO DE LA HPP Y 2) POSITIVO PARA UNA MUTACIÓN DE UN GEN ALPL EN TNSALP CONFIRMADA POR PRUEBAS GENÉTICAS O DOS DE LAS SIGUIENTES: (A) NIVEL SÉRICO DE ALP POR DEBAJO DEL RANGO NORMAL PARA LA EDAD DEL PACIENTE, (B) NIVELES SÉRICOS ELEVADOS DE PLP Y SIN SUPLEMENTO DE VITAMINA B6 EN LA SEMANA PREVIA, (C) NIVEL DE FOSFOETANOLAMINA EN ORINA POR ENCIMA DEL RANGO NORMAL PARA LA EDAD DEL PACIENTE, (D) EVIDENCIA RADIOGRÁFICA DE HPP, (E) AL MENOS DOS DE LOS SIGUIENTES: (I) DEFORMIDADES RAQUÍTICAS, (II) PÉRDIDA PREMATURA DE DIENTES PRIMARIOS ANTES DE LOS 5 AÑOS DE EDAD, (III) RETRASO EN EL CRECIMIENTO ESQUELÉTICO QUE PROVOCA RETRASO EN EL DESARROLLO MOTOR, (IV) ANTECEDENTES O PRESENCIA DE FRACTURAS NO TRAUMÁTICAS O RETRASO EN LA CICATRIZACIÓN DE FRACTURAS. TODAS LAS INDICACIONES: 1) NO RECIBIR TRATAMIENTO CON UN BISFOSFONATO EN ESE MOMENTO, 2) LOS NIVELES DE CALCIO O FOSFATO NO ESTÁN POR DEBAJO DEL RANGO NORMAL, 3) NO PRESENTAR UNA FORMA TRATABLE DE RAQUITISMO. RENOVACIÓN: TODAS LAS INDICACIONES: 1) MEJORA EN LAS CARACTERÍSTICAS ESQUELÉTICAS DE LA HPP Y 2) NO RECIBIR TRATAMIENTO ACTUAL CON BISFOSFONATO.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

ATEZOLIZUMAB

Productos afectados

- TECENTRIQ

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

ATEZOLIZUMAB-HYALURONIDASE-TQJS

Productos afectados

- TECENTRIQ HYBREZA

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

ATOGEPANT

Productos afectados

- QULIPTA

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	PREVENCIÓN DE LA MIGRAÑA: INICIAL/RENOVACIÓN: SIN USO CONCOMITANTE CON OTROS INHIBIDORES DE CGRP PARA LA PREVENCIÓN DE MIGRAÑAS. RENOVACIÓN: REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE MIGRAÑAS O CEFALEAS, LA GRAVEDAD O LA DURACIÓN DE LA MIGRAÑA CON TERAPIA.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

AVACOPAN

Productos afectados

- TAVNEOS

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	VASCULITIS ASOCIADA A ANTICUERPOS ANTICITOPLASMA DE NEUTRÓFILOS (ANCA): INICIAL: AACN SEROPOSITIVA (ANTI-PR3 O ANTI-MPO).
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	VASCULITIS ASOCIADA A ANCA: INICIAL: PRESCRITO POR UN REUMATÓLOGO O UN NEFRÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 6 MESES.
Otros criterios	VASCULITIS ASOCIADA A ANCA: RENOVACIÓN: SIGUE BENEFICIÁNDOSE DE LA TERAPIA.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

AVAPRITINIB

Productos afectados

- AYVAKIT

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

AVATROMBOPAG

Productos afectados

- DOPTELET (PAQUETE DE 10 COMPRIMIDOS)
- DOPTELET (PAQUETE DE 15 COMPRIMIDOS)
- DOPTELET (PAQUETE DE 30 COMPRIMIDOS)
- DOPTELET SPRINKLE

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	TROMBOCITOPENIA INMUNE PERSISTENTE O CRÓNICA (ITP): INICIAL: 1) RECUENTO DE PLAQUETAS INFERIOR A 30 X 10^9/L O 2) RECUENTO DE PLAQUETAS INFERIOR A 50 X 10^9/L Y UN EVENTO PREVIO DE SANGRADO.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	INICIAL: ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA (CLD): PRESCRITO POR UN HEMATÓLOGO, GASTROENTERÓLOGO, HEPATÓLOGO, INMUNÓLOGO, ENDOCRINÓLOGO O CIRUJANO, O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO. ITP: PRESCRITO POR UN HEMATÓLOGO O INMUNÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	CLD: 1 MES. ITP: INICIAL: 6 MESES, RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	INICIAL: CLD: 1) PROCEDIMIENTO PLANIFICADO ENTRE 10 Y 13 DÍAS DESPUÉS DEL INICIO DEL DOPTELET Y 2) SIN USO CONCOMITANTE CON OTROS AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE TROMBOPOYETINA (TPO-RAS). ITP: 1) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UN CORTICOSTEROIDE O INMUNOGLOBULINA, O RESPUESTA INSUFICIENTE A LA ESPLENECTOMÍA Y 2) SIN USO CONCOMITANTE CON OTROS TPO-RA. RENOVACIÓN: ITP: 1) MEJORA EN EL RECUENTO DE PLAQUETAS DESDE EL VALOR INICIAL O REDUCCIÓN DE LOS EVENTOS DE SANGRADO, Y 2) SIN USO CONCOMITANTE CON OTROS TPO-RA.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

AVUTOMETINIB-DEFACTINIB

Productos afectados

- AVMAPKI
- AVMAPKI-FAKZYNJA
- FAKZYNJA

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

AXATILIMAB-CSFR

Productos afectados

- NIKTIMVO

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	ENFERMEDAD CRÓNICA DE INJERTO CONTRA HUÉSPED (EICH CRÓNICA): 1) FRACASO DE AL MENOS DOS LÍNEAS DE TERAPIA SISTÉMICA, UNA DE LAS CUALES DEBE SER UNA PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE JAKAFI, Y 2) SIN USO CONCOMITANTE CON JAKAFI, REZUROCK O IMBRUVICA.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

AXITINIB

Productos afectados

- INLYTA COMPRIMIDO ORAL 1 MG, 5 MG

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

AZACITIDINA

Productos afectados

- ONUREG

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

AZTREONAM INHALADO

Productos afectados

- CAYSTON

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	7 AÑOS O MÁS
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

BECAPLERMIN

Productos afectados

- REGRANEX

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	ÚLCERAS NEUROPÁTICAS DIABÉTICAS: PRESCRITO POR UN CIRUJANO VASCULAR, PODÓLOGO, ENDOCRINÓLOGO, MÉDICO QUE EJERCE EN UNA CLÍNICA ESPECIALIZADA EN HERIDAS O ESPECIALISTA EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS, O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	3 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

BEDAQUILINA

Productos afectados

- SIRTURO

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	24 SEMANAS
Otros criterios	N/A
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

BELIMUMAB

Productos afectados

- BENLYSTA SUBCUTÁNEO

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	INICIAL: LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES): PRESCRITO POR UN REUMATÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UN REUMATÓLOGO. NEFRITIS DE LUPUS (LN): PRESCRITO POR UN REUMATÓLOGO O UN NEFRÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros criterios	INICIAL: LES: ACTUALMENTE SE ADMINISTRA CORTICOSTEROIDES, ANTIPALÚDICOS, AINES O AGENTES INMUNOSUPRESORES. RENOVACIÓN: LES: EL PACIENTE MOSTRÓ MEJORA CLÍNICA. LN: MEJORA EN LA RESPUESTA RENAL DESDE LOS VALORES INICIALES DE LABORATORIO (P. EJ., TFG O PROTEINURIA) O PARÁMETROS CLÍNICOS.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

BELUMOSUDIL

Productos afectados
- REZUROCK

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	ENFERMEDAD CRÓNICA DE INJERTO CONTRA HUÉSPED (EICH CRÓNICA): 1) FRACASO DE AL MENOS DOS LÍNEAS DE TERAPIA SISTÉMICA, UNA DE LAS CUALES DEBE SER UNA VERSIÓN DE PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE JAKAFI, y 2) SIN USO CONCOMITANTE CON JAKAFI, NIKTIMVO O IMBRUVICA.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

BELZUTIFAN

Productos afectados

- WELIREG

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

BENDAMUSTINA

Productos afectados

- *Bendamustina solución para reconstitución intravenosa*
- BENDAMUSTINA SOLUCIÓN INTRAVENOSA
- BENDEKA
- VIVIMUSTA

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

BENRALIZUMAB

Productos afectados

- FASENRA
- PLUMA FASENRA

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	INICIAL: ASMA: NIVEL DE EOSINÓFILOS EN SANGRE DE AL MENOS 150 CÉLULAS/µL EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	INICIAL: ASMA: PRESCRITO POR UN MÉDICO ESPECIALIZADO EN ALERGIA O MEDICINA PULMONAR O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	ASMA, EGPA: INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES. SÍNDROME HIPEREOSINOFÍLICO (HES): 12 MESES.
Otros criterios	INICIAL: ASMA: 1) TERAPIA CONCOMITANTE CON UNA DOSIS MEDIA, ALTA O MÁXIMA TOLERANCIA DE UN CORTICOSTEROIDE INHALADO (CI) Y OTRO MEDICAMENTO DE MANTENIMIENTO, Y 2) UNA EXACERBACIÓN DEL ASMA QUE REQUIRIÓ UN ESTALLIDO SISTÉMICO DE CORTICOSTEROIDES DURANTE AL MENOS 3 DÍAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, O AL MENOS UNA EXACERBACIÓN GRAVE QUE REQUIRIÓ HOSPITALIZACIÓN O VISITA A URGENCIAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, O UN MAL CONTROL DE LOS SÍNTOMAS A PESAR DE LA TERAPIA ACTUAL, COMO LO DEMUESTRAN AL MENOS TRES DE LOS SIGUIENTES EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS: (A) SÍNTOMAS DIURNOS DE ASMA MÁS DE DOS VECES POR SEMANA, (B) CUALQUIER DESPERTAR NOCTURNO POR ASMA, (C) ALIVIO DE SABA PARA SÍNTOMAS MÁS DE DOS VECES POR SEMANA, (D) CUALQUIER LIMITACIÓN DE ACTIVIDAD POR ASMA. INICIAL/RENOVACIÓN: TODAS LAS INDICACIONES: SIN USO CONCOMITANTE CON OTRO AGENTE BIOLÓGICO SISTÉMICO NI MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
	JAK, INHIBIDOR PDE-4) PARA LA MISMA INDICACIÓN. RENOVACIÓN: ASMA: 1) USO CONTINUADO DE CI Y OTRO MEDICAMENTO DE MANTENIMIENTO, Y 2) RESPUESTA CLÍNICA EVIDENCIADA POR: (A) REDUCCIÓN DE EXACERBACIONES DEL ASMA RESPECTO AL VALOR INICIAL, (B) DISMINUCIÓN DEL USO DE MEDICAMENTOS DE RESCATE, (C) AUMENTO DEL PORCENTAJE PREVISTO DE VEF1 RESPECTO AL VALOR DE INICIO PREVIO AL TRATAMIENTO, O (D) REDUCCIÓN EN LA GRAVEDAD O FRECUENCIA DE LOS SÍNTOMAS RELACIONADOS CON EL ASMA. GRANULOMATOSIS EOSINOFÍLICA CON POLIANGITIS (EGPA): REDUCCIÓN DE LOS SÍNTOMAS DE EGPA EN COMPARACIÓN CON EL VALOR INICIAL O LA CAPACIDAD DE REDUCIR/ELIMINAR EL USO DE CORTICOSTEROIDES.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

BETAÍNA

Productos afectados

- *Betaína*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

BEVACIZUMAB-BVZR

Productos afectados

- ZIRABEV

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

BEXAROTENO

Productos afectados

- *Bexaroteno*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

BINIMETINIB

Productos afectados

- MEKTOVI

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

BORTEZOMIB

Productos afectados

- *Inyección de bortezomib*
- BORUZU

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

BOSENTAN

Productos afectados

- *Bosentan comprimido oral*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR (HAP): INICIAL: DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR CATETERISMO CARDÍACO DERECHO CON LOS SIGUIENTES PARÁMETROS: 1) PRESIÓN ARTERIAL PULMONAR (PAP) MEDIA MAYOR A 20 MMHG, 2) PRESIÓN DE ENCLAVAMIENTO CAPILAR PULMONAR (PCWP) DE 15 MMHG O MENOS, Y 3) RESISTENCIA VASCULAR PULMONAR (RVP) MAYOR A 2 UNIDADES WOOD.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	HAP: INICIAL: PRESCRITO POR UN CARDIÓLOGO O NEUMÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	HAP: INICIAL: 1) NO TIENE ENZIMAS HEPÁTICAS AUMENTADAS (ALT, ASAT) MÁS DE 3 VECES EL LÍMITE SUPERIOR DE LO NORMAL (LSN) NI UN AUMENTO DE LA BILIRRUBINA EN 2 O MÁS VECES EL LSN, Y 2) SIN USO CONCOMITANTE CON CICLOSPORINA A O GLIBURIDA. RENOVACIÓN: SIN USO CONCOMITANTE CON CICLOSPORINA A O GLIBURIDA.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

Fecha de actualización: 10/23/2026

BOSUTINIB

Productos afectados

- BOSULIF CÁPSULA ORAL 100 MG, 50 MG
- BOSULIF COMPRIMIDO ORAL 100 MG, 500 MG
- *Bosutinib comprimido oral 100 mg, 400 mg, 500 mg*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA CON CROMOSOMA FILADELFIA POSITIVO (PH+ LMC) PREVIAMENTE TRATADA: EL ANÁLISIS MUTACIONAL PREVIO AL INICIO Y A LA TERAPIA ES APROPIADO SEGÚN LA TABLA DE DIRECTRICES DE LA NCCN PARA RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO SEGÚN EL PERFIL DE MUTACIÓN BCR-ABL1.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

BRIGATINIB

Productos afectados

- ALUNBRIG COMPRIMIDO ORAL 180 MG, 30 MG, 90 MG
- ALUNBRIG COMPRIMIDO ORAL, PAQUETE DE DOSIS

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

INHIBIDOR DE LA C1 ESTERASA-CINRYZE

Productos afectados

- CINRYZE

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	ANGIOEDEMA HEREDITARIO (HAE): INICIAL: 1) HAE TIPO III, O 2) HAE TIPO I O II CONFIRMADO POR UNA DE LAS SIGUIENTES PRUEBAS DE COMPLEMENTO: NIVELES DE PROTEÍNA DE C1-INH, NIVELES DE PROTEÍNA DE C4, NIVELES FUNCIONALES DE C1-INH, C1Q.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	HAE: INICIAL: PRESCRITO POR UN HEMATÓLOGO, INMUNÓLOGO, ALERGÓLOGO O NEUMÓLOGO, O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	HAE: INICIAL/RENOVACIÓN: SIN TRATAMIENTO CONCOMITANTE CON UN AGENTE PROFILÁCTICO ALTERNATIVO PARA ATAQUES DE HAE.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

INHIBIDOR DE LA C1 ESTERASA-HAEGARDA

Productos afectados

- SOLUCIÓN PARA RECONSTITUCIÓN SUBCUTÁNEA HAEGARDA 2,000 UNIDADES, 3,000 UNIDADES

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	ANGIOEDEMA HEREDITARIO (HAE): INICIAL: 1) HAE TIPO III, O 2) HAE TIPO I O II CONFIRMADO POR UNA DE LAS SIGUIENTES PRUEBAS DE COMPLEMENTO: NIVELES DE PROTEÍNA DE C1-INH, NIVELES DE PROTEÍNA DE C4, NIVELES FUNCIONALES DE C1-INH, C1Q.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	HAE: INICIAL: PRESCRITO POR UN HEMATÓLOGO, INMUNÓLOGO, ALERGÓLOGO O NEUMÓLOGO, O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	HAE: INICIAL/RENOVACIÓN: SIN TRATAMIENTO CONCOMITANTE CON UN AGENTE PROFILÁCTICO ALTERNATIVO PARA ATAQUES DE HAE.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

CABOZANTINIB CÁPSULAS

Productos afectados

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

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

CABOZANTINIB COMPRIMIDO

Productos afectados

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

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

CANNABIDIOL

Productos afectados

- EPIDIOLEX

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	INICIAL: SÍNDROME DE DRAVET (DS), SÍNDROME DE LENNOX-GASTAUT (LGS), ESCLEROSIS TUBEROSA COMPLEJA (TSC): PRESCRITO POR UN NEURÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UN NEURÓLOGO.
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	INICIAL: LGS: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS ANTIEPILÉPTICOS: RUFINAMIDA, FELBAMATO, CLOBAZAM, TOPIRAMATO, LAMOTRIGINA, CLONAZEPAM.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

CAPIVASERTIB

Productos afectados

- TRUQAP

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

CAPLACIZUMAB YHDP

Productos afectados
- KIT DE INYECCIÓN CABLIVI

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA TROMBÓTICA ADQUIRIDA (ATTP): PRESCRITO POR UN HEMATÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	ATTP: 1) CABLIVI SE INICIÓ PREVIAMENTE COMO PARTE DE UN RÉGIMEN DE TRATAMIENTO APROBADO POR LA FDA EN COMBINACIÓN CON RECAMBIO PLASMÁTICO Y TERAPIA INMUNOSUPRESORA EN UN ENTORNO HOSPITALARIO, Y 2) NO HA EXPERIMENTADO MÁS DE DOS RECURRENCIAS DE ATTP DURANTE LA TERAPIA CON CABLIVI (ES DECIR, UN NUEVO DESCENSO EN EL RECUENTO DE PLAQUETAS QUE REQUIERA REPETIR EL RECAMBIO PLASMÁTICO DURANTE LOS 30 DÍAS POSTERIORES A LA TERAPIA DE RECAMBIO PLASMÁTICO [PEX] Y HASTA 28 DÍAS DE TERAPIA EXTENDIDA).
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

CAPMATINIB

Productos afectados

- TABRECTA

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

ÁCIDO CARGLÚMICO

Productos afectados

- *Ácido carglúmico*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	INICIAL: HIPERAMONEMIA GRAVE O CRÓNICA (HA) DEBIDO A DEFICIENCIA DE N-ACETILGLUTAMATO SINTASA (NAGS): LA MUTACIÓN DEL GEN DE NAGS SE CONFIRMA MEDIANTE PRUEBAS BIOQUÍMICAS O PRUEBAS GENÉTICAS. HIPERAMONEMIA GRAVE DEBIDO A ACIDEMIA PROPIÓNICA (AP): 1) CONFIRMADO POR UN NIVEL ELEVADO DE ÁCIDO METILCÍTRICO Y ÁCIDO METILMALÓNICO NORMAL, O 2) PRUEBAS GENÉTICAS CONFIRMAN UNA MUTACIÓN EN EL GEN PCCA O PCCB. HIPERAMONEMIA GRAVE (HA) DEBIDA A ACIDEMIA METILMALÓNICA (AMM): 1) CONFIRMADO POR UN AUMENTO ELEVADO DEL ÁCIDO METILMALÓNICO O ÁCIDO METILCÍTRICO, O 2) CONFIRMACIÓN MEDIANTE PRUEBAS GENÉTICAS DE UNA MUTACIÓN EN LOS GENES MMUT, MMA, MMAB O MMADHC.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	HA GRAVE DEBIDO A NAGS/PA/MMA: 7 DÍAS. HA CRÓNICA DEBIDO A NAGS: INICIAL: 6 MESES, RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	RENOVACIÓN: HA CRÓNICA DEBIDO A NAGS: EL PACIENTE HA MOSTRADO MEJORA CLÍNICA.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Se requiere terapia previa	No

CERITINIB

Productos afectados

- ZYKADIA

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

CERTOLIZUMAB PEGOL

Productos afectados

- CIMZIA
- CIMZIA KIT INICIAL
- CIMZIA POLVO PARA RECONSTITUCIÓN

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	INICIAL: PSORIASIS EN PLACAS (PSO): LA PSORIASIS CUBRE EL 3 POR CIENTO O MÁS DEL ÁREA DE SUPERFICIE CORPORAL O LESIONES PSORIÁSICAS QUE AFECTAN LAS MANOS, PIES, ROSTRO, CUERO CABELLUDO O ZONA GENITAL. ESPONDILOARTRITIS AXIAL NO RADIOGRÁFICA (NR-AXSPA): 1) NIVELES DE PROTEÍNA C REACTIVA (PCR) POR ENCIMA DEL LÍMITE SUPERIOR DE LO NORMAL, O 2) SACROILEÍTIS EN LA IMAGEN POR RESONANCIA MAGNÉTICA (RMN).
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	INICIAL: ARTRITIS REUMATOIDE (AR), ESPONDILITIS ANQUILOSANTE (EA), NR-AXSPA, ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL POLIARTICULAR (AIJP): PRESCRITO POR UN REUMATÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UN REUMATÓLOGO. ARTRITIS PSORIÁSICA (APE): PRESCRITO POR UN DERMATÓLOGO O REUMATÓLOGO, O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO. ENFERMEDAD DE CROHN (CD): PRESCRITO POR UN GASTROENTERÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO. PSO: PRESCRITO POR UN DERMATÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	INICIAL: AR: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: HUMIRA/CYLTEZO/YUFLYMA/HADLIMA, XELJANZ, RINVOQ, ORENCIA. APE: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: COSENTYX, HUMIRA/CYLTEZO/YUFLYMA/HADLIMA, SELARSDI/YESINTEK/USTEKINUMAB-AAUZ, XELJANZ,

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
	RINVOQ, SKYRIZI, TREMFYA, ORENCIA, OTEZLA. EA: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: COSENTYX, HUMIRA/CYLTEZO/YUFLYMA/HADLIMA, XELJANZ, RINVOQ. CD: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UNO DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: SELARSDI/YESINTEK/USTEKINUMAB-AAUZ, HUMIRA/CYLTEZO/YUFLYMA/HADLIMA, RINVOQ, SKYRIZI, TREMFYA. PSO: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: COSENTYX, HUMIRA/CYLTEZO/YUFLYMA/HADLIMA, SELARSDI/YESINTEK/USTEKINUMAB-AAUZ, SKYRIZI, TREMFYA, OTEZLA. NR-AXSPA: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UN AINE. AIJP: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: HUMIRA/CYLTEZO/YUFLYMA/HADLIMA, XELJANZ IR, ORENCIA, RINVOQ. INICIAL PARA RA, APE, PSO, EA, CD, AIJP: NO SE REQUIERE INTENTO DE TRATAMIENTO NI CONTRAINDICACIÓN DE LOS AGENTES ESCALONADOS SI LA PACIENTE ESTÁ EMBARAZADA, EN PERIODO DE LACTANCIA O INTENTANDO QUEDAR EMBARAZADA. INICIAL/RENOVACIÓN: TODAS LAS INDICACIONES: SIN USO CONCOMITANTE CON OTRO AGENTE BIOLÓGICO SISTÉMICO NI MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR PDE-4) PARA LA MISMA INDICACIÓN. RENOVACIÓN PARA AR, APE, EA, PSO, NR-AXSPA, AIJP: SIGUE BENEFICIÁNDOSE DEL MEDICAMENTO.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

CETUXIMAB

Productos afectados

- ERBITUX

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

CLADRIBINA

Productos afectados

- *Cladribina 10 mg x 10 comprimidos, paquete exterior*
- *Cladribina (esclerosis múltiple) comprimido oral 10 mg (paquete de 10), 10 mg (paquete de 4), 10 mg (paquete de 5), 10 mg (paquete de 6), 10 mg (paquete de 7), 10 mg (paquete de 8), 10 mg (paquete de 9)*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	48 SEMANAS.
Otros criterios	FORMA RECURRENTE DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE (EM): NO HA RECIBIDO UN TOTAL DE DOS AÑOS DE TRATAMIENTO CON CLADRIBINA (ES DECIR, DOS CURSOS ANUALES DE TRATAMIENTO, CADA UNO COMPUESTO POR DOS CICLOS).
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

CLOBAZAM-SYMPAZAN

Productos afectados
- SYMPAZAN

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	INICIAL: SÍNDROME DE LENNOX-GASTAUT (LGS): LA TERAPIA SE PRESCRIBE O SE CONSULTA CON UN NEURÓLOGO.
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros criterios	LGS: INICIAL: CONTRAINDICACIÓN DEL CLOBAZAM O INCAPAZ DE TRAGAR COMPRIMIDOS O SUSPENSIÓN DE CLOBAZAM.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

CLONIDINA

Productos afectados

- JAVADIN

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	HIPERTENSIÓN (HTA): CONTRAINDICACIÓN O INCAPAZ DE TRAGAR COMPRIMIDOS DE CLONIDINA.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

COBIMETINIB

Productos afectados

- COTELLIC

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

CORTICOTROFINA

Productos afectados

- CORTROPHIN INYECCIÓN DE GEL
- CORTROPHIN JERINGA SUBCUTÁNEA DE GEL 40 UNIDADES/0.5 ML, 80 UNIDADES/ML

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	INICIAL: NO ESTÁ APROBADO PARA FINES DIAGNÓSTICOS.
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	INICIAL: TODAS LAS INDICACIONES APROBADAS POR LA FDA EXCEPTO LOS ESPASMOS INFANTILES Y LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE (EM): PRESCRITO POR UN REUMATÓLOGO, DERMATÓLOGO, ALERGÓLOGO/INMUNÓLOGO, OFTALMÓLOGO, NEUMÓLOGO, O NEFRÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	ESPASMOS INFANTILES Y EM (ESCLEROSIS MÚLTIPLE): 28 DÍAS. TODAS LAS DEMÁS INDICACIONES APROBADAS POR LA FDA: INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	INICIAL: TODAS LAS INDICACIONES APROBADAS POR LA FDA EXCEPTO LOS ESPASMOS INFANTILES: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE CORTICOSTEROIDES INTRAVENOSOS (IV). RENOVACIÓN: TODAS LAS INDICACIONES APROBADAS POR LA FDA EXCEPTO ESPASMOS INFANTILES Y EM (ESCLEROSIS MÚLTIPLE): BENEFICIO CLÍNICO DEMOSTRADO DURANTE LA TERAPIA, SEGÚN LA RESOLUCIÓN DE SÍNTOMAS O LA NORMALIZACIÓN DE LAS PRUEBAS DE LABORATORIO. LA PARTE B ANTES DE LA TERAPIA ESCALONADA DE LA PARTE D; SOLO SE APLICA A BENEFICIARIOS DE UN PLAN MA-PD.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	Sí
Se requiere terapia previa	Sí

CRIZOTINIB CÁPSULAS

Productos afectados

- XALKORI CÁPSULA ORAL

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

CRIZOTINIB PELLETS

Productos afectados

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

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS (CPCNM), LINFOMA ANAPLÁSICO DE CÉLULAS GRANDES (ALCL), TUMOR INFLAMATORIO MIOFIBROBLÁSTICO (TMI): INCAPAZ DE TRAGAR CÁPSULAS.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

DABRAFENIB CÁPSULAS

Productos afectados

- TAFINLAR CÁPSULA ORAL

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

SUSPENSIÓN DE DABRAFENIB

Productos afectados

- TAFINLAR COMPRIMIDO ORAL
  PARA SUSPENSIÓN

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	INCAPAZ DE TRAGAR CÁPSULAS DE TAFINLAR.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

DACOMITINIB

Productos afectados

- VIZIMPRO

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS METASTÁSICO (CPCNM): SIN TRATAMIENTO CONCOMITANTE CON UN INHIBIDOR DE TIROSINA QUINASA EGFR.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

DALFAMPRIDINA

Productos afectados

- *Dalfampridina*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	ESCLEROSIS MÚLTIPLE (EM): INICIAL: PRESCRITO POR UN NEURÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UN NEURÓLOGO.
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros criterios	EM: INICIAL: PRESENTA SÍNTOMAS DE DISCAPACIDAD PARA CAMINAR (P. EJ., DEBILIDAD BILATERAL LEVE A MODERADA EN LAS EXTREMIDADES INFERIORES, DEBILIDAD UNILATERAL MÁS ATAXIA DE EXTREMIDAD INFERIOR O TRUNCAL). RENOVACIÓN: MEJORA EN LA CAPACIDAD DE CAMINAR.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

DARATUMUMAB

Productos afectados

- DARZALEX

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

DARATUMUMAB-HYALURONIDASE-FIHJ

Productos afectados

- DARZALEX FASPRO

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

DARAXONRASIB

Productos afectados

- RASONQUE

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	ADENOCARCINOMA PANCREÁTICO METASTÁSICO: PRESCRITO POR UN ONCÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UN ONCÓLOGO.
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

DAROLUTAMIDA

Productos afectados
- NUBEQA

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	CÁNCER DE PRÓSTATA RESISTENTE A LA CASTRACIÓN NO METASTÁSICO (NMCRPC), CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO SENSIBLE A LA CASTRACIÓN (MCSPC): 1) RECIBIÓ UNA ORQUIECTOMÍA BILATERAL, 2) NIVEL DE CASTRACIÓN DE TESTOSTERONA (ES DECIR, MENOS DE 50 NG/DL), O 3) USO CONCOMITANTE CON UN ANÁLOGO DE LA HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINAS (GNRH).
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

DASATINIB

Productos afectados

- *Dasatinib comprimido oral 100 mg, 140 mg, 20 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA CON CROMOSOMA FILADELFIA POSITIVO (PH+ LMC) PREVIAMENTE TRATADA: EL ANÁLISIS MUTACIONAL PREVIO AL INICIO Y AL DASATINIB ES APROPIADO SEGÚN LA TABLA DE DIRECTRICES DE LA NCCN PARA RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO SEGÚN EL PERFIL DE MUTACIÓN BCR-ABL1.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

DATOPOTAMAB DERUXTECAN-DLNK

Productos afectados
- DATROWAY

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

DECITABINE/CEDAZURIDINE

Productos afectados

- INQOVI

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

DEFERASIROX

Productos afectados

- *Deferasirox*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	INICIAL: SOBRECARGA CRÓNICA DE HIERRO DEBIDO A TRANSFUSIONES DE SANGRE: NIVEL DE FERRITINA EN SUERO MANTENIDO POR ENCIMA DE 1000 MCG/L. SOBRECARGA CRÓNICA DE HIERRO EN TALASEMIA NO DEPENDIENTE DE TRANSFUSIÓN (NTDT): 1) NIVEL DE FERRITINA EN SUERO CONSISTENTEMENTE SUPERIOR A 300 MCG/L (AL MENOS DOS VALORES DE LABORATORIO EN LOS TRES MESES ANTERIORES), Y 2) CONCENTRACIÓN DE HIERRO HEPÁTICO (LIC) DE 5 MG FE/G DE PESO SECO O SUPERIOR. RENOVACIÓN: SOBRECARGA CRÓNICA DE HIERRO DEBIDO A TRANSFUSIONES DE SANGRE: NIVEL DE FERRITINA EN SUERO MANTENIDO POR ENCIMA DE 500 MCG/L. NTDT: 1) NIVEL DE FERRITINA EN SUERO CONSISTENTEMENTE SUPERIOR A 300 MCG/L (AL MENOS DOS VALORES DE LABORATORIO EN LOS TRES MESES ANTERIORES), O 2) LIC DE 3 MG FE/G DE PESO SECO HEPÁTICO O SUPERIOR.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	INICIAL: SOBRECARGA CRÓNICA DE HIERRO DEBIDO A TRANSFUSIONES DE SANGRE O NTDT: PRESCRITO POR UN HEMATÓLOGO O HEMATÓLOGO/ONCÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	INICIAL: SOBRECARGA CRÓNICA DE HIERRO DEBIDO A TRANSFUSIONES DE SANGRE O NTDT: SOBRES DE ASPERSIÓN DEFERASIROX: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DEL COMPRIMIDO GENÉRICO DE DEFERASIROX O DEL

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
	COMPRIMIDO GENÉRICO PARA SUSPENSIÓN ORAL DE DEFERASIROX.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

DEFERIPRONA

Productos afectados

- *Deferiprona*
- FERRIPROX SOLUCIÓN ORAL

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	SOBRECARGA TRANSFUSIONAL DE HIERRO: RENOVACIÓN: LOS NIVELES DE FERRITINA EN SUERO SUPERAN CONSISTENTEMENTE LOS 500 MCG/L (AL MENOS DOS VALORES DE LABORATORIO EN LOS TRES MESES ANTERIORES).
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	SOBRECARGA TRANSFUSIONAL DE HIERRO: INICIAL: PRESCRITO POR UN HEMATÓLOGO O HEMATÓLOGO/ONCÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros criterios	INICIAL: SOBRECARGA TRANSFUSIONAL DE HIERRO DEBIDO A SÍNDROMES DE TALASEMIA: 1) PRUEBA DE USO, CONTRAINDICACIÓN, TOXICIDADES INTOLERABLES O EFECTOS ADVERSOS CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVOS A UNA VERSIÓN DEL FORMULARIO DE DEFERASIROX O DEFEROXAMINA, O 2) LA TERAPIA DE QUELACIÓN ACTUAL (ES DECIR, UNA VERSIÓN DEL FORMULARIO DE DEFERASIROX O DEFEROXAMINA) ES INADECUADA. SOBRECARGA TRANSFUSIONAL DE HIERRO DEBIDO A ANEMIA FALCIFORME U OTRAS ANEMIAS: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UNA VERSIÓN DE FORMULARIO DE DEFERASIROX O DEFEROXAMINA.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

DENOSUMAB-BMWO - OSENVELT

Productos afectados

- OSENVELT

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

DEUTETRABENAZINA

Productos afectados

- AUSTEDO COMPRIMIDO ORAL 12 MG, 6 MG, 9 MG
- AUSTEDO XR COMPRIMIDO ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 12 MG, 18 MG, 24 MG, 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG, 6 MG
- AUSTEDO XR KIT DE TITULACIÓN (SEM1-4)

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	ENFERMEDAD DE HUNTINGTON: PRESCRITO POR UN NEURÓLOGO O ESPECIALISTA EN TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO. DISQUINESIA TARDÍA: PRESCRITO POR UN NEURÓLOGO, PSIQUIATRA O ESPECIALISTA EN TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO, O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	DISQUINESIA TARDÍA: HISTORIAL DE USO DE AGENTES QUE CAUSAN DISQUINESIA TARDÍA.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

DICLOFENACO SOLUCIÓN TÓPICA

Productos afectados

- *Diclofenaco solución tópica de sodio en bomba de dosis dosificada*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	6 MESES
Otros criterios	OSTEOARTRITIS DE LA RODILLA: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UNA VERSIÓN DEL FORMULARIO DE GOTAS TÓPICAS DE DICLOFENACO SÓDICO AL 1.5%.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

DICLOFENAC-FLECTOR

Productos afectados

- *Diclofenaco epolamina*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

DIMETILFUMARATO

Productos afectados

- *Dimetilfumarato cápsula oral de liberación tardía (DR/EC) 120 mg, 120 mg (14) - 240 mg (46), 240 mg*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

DIROXIMEL FUMARATO

Productos afectados

- VUMERITY

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

DONIDALORSEN

Productos afectados
- DAWNZERA

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	ANGIOEDEMA HEREDITARIO (HAE): INICIAL: 1) HAE TIPO III, O 2) HAE TIPO I O II CONFIRMADO POR UNA DE LAS SIGUIENTES PRUEBAS DE COMPLEMENTO: NIVELES DE PROTEÍNA DE C1-INH, NIVELES DE PROTEÍNA DE C4, NIVELES FUNCIONALES DE C1-INH, C1Q.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	HAE: INICIAL: PRESCRITO POR UN ALERGÓLOGO, INMUNÓLOGO, HEMATÓLOGO O NEUMÓLOGO, O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros criterios	HAE: INICIAL: 1) SIN TRATAMIENTO CONCOMITANTE CON UN AGENTE PROFILÁCTICO ALTERNATIVO PARA ATAQUES DE HAE Y 2) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UNO DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: CINRYZE, HAEGARDA, TAKHZYRO. RENOVACIÓN: SIN TRATAMIENTO CONCOMITANTE CON UN AGENTE PROFILÁCTICO ALTERNATIVO PARA ATAQUES DE HAE.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

Fecha de actualización: 10/23/2026

DORDAVIPRONE

Productos afectados

- MODEYSO

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

DOSTARLIMAB-GXLY

Productos afectados

- JEMPERLI

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

DRONABINOL CÁPSULA

Productos afectados

- *Dronabinol cápsula oral*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	6 MESES
Otros criterios	NÁUSEAS Y VÓMITOS ASOCIADOS A LA QUIMIOTERAPIA CONTRA EL CÁNCER: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UNA TERAPIA ANTIEMÉTICA.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

DROXIDOPA

Productos afectados

- *Droxidopa*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	HIPOTENSIÓN ORTOSTÁTICA NEUROGÉNICA (NOH): INICIAL: 1) LECTURAS INICIALES DE PRESIÓN ARTERIAL MIENTRAS EL PACIENTE ESTÁ SENTADO Y TAMBIÉN DENTRO DE LOS 3 MINUTOS DE PONERSE DE PIE DESDE LA POSICIÓN DE DECÚBITO SUPINO. 2) UNA DISMINUCIÓN DE AL MENOS 20 MMHG EN LA PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA O 10 MMHG EN LA PRESIÓN ARTERIAL DIASTÓLICA EN LOS TRES MINUTOS POSTERIORES A LEVANTARSE DESDE LA POSICIÓN SENTADA.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	NOH: INICIAL: PRESCRITO POR UN NEURÓLOGO O CARDIÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	INICIAL: 3 MESES, RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros criterios	NOH: RENOVACIÓN: SIGUE BENEFICIÁNDOSE DEL MEDICAMENTO.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

DUPILUMAB

Productos afectados

- PLUMA DUPIXENT
- JERINGA DUPIXENT

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	INICIAL: ASMA EOSINOFÍLICO: NIVEL DE EOSINÓFILOS EN SANGRE DE 150 A 1500 CÉLULAS/µL EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES. ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA (EOE): DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA (EGD) CON BIOPSIA.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	INICIAL: AD, PN, CSU: PRESCRITO POR UN DERMATÓLOGO, ALERGÓLOGO O INMUNÓLOGO, O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO. ASMA: PRESCRITO POR UN ALERGÓLOGO O NEUMÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO. CRSWNP: PRESCRITO POR UN OTORRINOLARINGÓLOGO, ALERGÓLOGO O INMUNÓLOGO, O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO. EOE: PRESCRITO POR UN GASTROENTERÓLOGO, ALERGÓLOGO O INMUNÓLOGO, O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO. EPOC: PRESCRITO POR UN NEUMÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO. RENOVACIÓN: CSU: PRESCRITO POR UN ALERGÓLOGO, DERMATÓLOGO O INMUNÓLOGO, O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	BP, AFRS: 12 MESES. AD/CRSWNP/EOE/PN/CSU: INICIAL/RENOVACIÓN: 6 MESES/12 MESES. ASMA/EPOC: INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	INICIAL: AD: PRUEBA DE TRATAMIENTO O CONTRAINDICACIÓN PARA UN MEDICAMENTO TÓPICO (CORTICOSTEROIDE, INHIBIDOR DE CALCINEURINA, INHIBIDOR DE PDE4, AGONISTA DE AHR O INHIBIDOR DE JAK). ASMA: 1) TERAPIA CONCOMITANTE CON UNA DOSIS MEDIA, ALTA O MÁXIMA TOLERANCIA DE UN CORTICOSTEROIDE INHALADO (CI) Y OTRO MEDICAMENTO DE MANTENIMIENTO, Y 2) UNA EXACERBACIÓN DE ASMA QUE REQUIRIÓ UN

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
	ESTALLIDO SISTÉMICO DE CORTICOSTEROIDES DURANTE AL MENOS 3 DÍAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, UNA EXACERBACIÓN GRAVE QUE REQUIRIÓ HOSPITALIZACIÓN O VISITA A URGENCIAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, O UN CONTROL DEFICIENTE DE LOS SÍNTOMAS A PESAR DE LA TERAPIA ACTUAL, COMO LO DEMUESTRAN AL MENOS TRES DE LAS SIGUIENTES EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS: (A) SÍNTOMAS DIURNOS DE ASMA MÁS DE DOS VECES POR SEMANA, (B) CUALQUIER DESPERTAR NOCTURNO POR ASMA, (C) ALIVIO DE SABA PARA SÍNTOMAS MÁS DE DOS VECES POR SEMANA, (D) CUALQUIER LIMITACIÓN DE ACTIVIDAD POR ASMA. RINOSINUSITIS CRÓNICA CON PÓLIPOS NASALES (CRSWNP): 1) UN TRATAMIENTO DE PRUEBA DE 56 DÍAS CON UN CORTICOSTEROIDE NASAL TÓPICO, 2) EVIDENCIA DE PÓLIPOS NASALES MEDIANTE EXAMEN DIRECTO, ENDOSCOPÍA O ESCÁNER TC DE SENOS PARANASALES Y 3) ENFERMEDAD INADECUADAMENTE CONTROLADA. PRURIGO NODULAR (PN): PRURITO CRÓNICO (PICOR POR MÁS DE 6 SEMANAS), MÚLTIPLES LESIONES PRURIGINOSAS Y ANTECEDENTES O SIGNOS DE UN COMPORTAMIENTO PROLONGADO DE RASCADO. EPOC EOSINOFÍLICA: SE USA EN COMBINACIÓN CON UN LAMA/LABA/CI. URTICARIA ESPONTÁNEA CRÓNICA (CSU): 1) HA RECIBIDO Y MANTIENE TRATAMIENTO CON UN ANTIHISTAMÍNICO H1 DE SEGUNDA GENERACIÓN, O PRESENTA CONTRAINDICACIÓN DE UNO, Y 2) SIGUE EXPERIMENTANDO HABÓN URTICARIAL O ANGIOEDEMA LA MAYORÍA DE LOS DÍAS DE LA SEMANA DURANTE AL MENOS 6 SEMANAS. INICIAL/RENOVACIÓN: TODAS LAS INDICACIONES EXCEPTO PENFIGOIDES BULLOSOS (BP): SIN USO CONCOMITANTE CON OTRO AGENTE BIOLÓGICO SISTÉMICO NI MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR PDE-4) PARA LA MISMA INDICACIÓN. RENOVACIÓN: AD, CRSWNP, EOE: MEJORA DURANTE LA TERAPIA. ASMA: 1) USO CONTINUADO DE CI Y OTRO MEDICAMENTO DE MANTENIMIENTO, Y 2) RESPUESTA CLÍNICA EVIDENCIADA POR: (A) REDUCCIÓN DE EXACERBACIONES DEL ASMA RESPECTO AL VALOR INICIAL, (B) DISMINUCIÓN DEL USO DE MEDICAMENTOS DE RESCATE, (C) AUMENTO DEL PORCENTAJE PREVISTO DE VEF1 RESPECTO AL VALOR DE INICIO PREVIO AL TRATAMIENTO, O (D) REDUCCIÓN EN LA GRAVEDAD O FRECUENCIA DE LOS SÍNTOMAS RELACIONADOS CON EL ASMA. PN: MEJORA O

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
	REDUCCIÓN DEL PRURITO O LESIONES PRURIGINOSAS. EPOC EOSINOFÍLICA: 1) USO EN COMBINACIÓN CON UN LAMA/LABA/CI, Y 2) RESPUESTA CLÍNICA EVIDENCIADA POR UNO DE LOS SIGUIENTES: (A) REDUCCIÓN DE EXACERBACIONES DE EPOC RESPECTO AL ESTADO INICIAL O (B) REDUCCIÓN EN LA GRAVEDAD O FRECUENCIA DE LOS SÍNTOMAS RELACIONADOS CON LA EPOC. CSU: SE MANTUVO ACTIVADO O CONTRAINDICACIÓN DE UN ANTIHISTAMÍNICO H1 DE SEGUNDA GENERACIÓN.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

DUVELISIB

Productos afectados

- COPIKTRA

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

EFLAPEGRASTIM-XNST

Productos afectados

- ROLVEDON

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	MALIGNIDAD NO MIELOIDE: PRESCRITO POR UN HEMATÓLOGO U ONCÓLOGO, O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	MALIGNIDAD NO MIELOIDE: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DEL AGENTE PREFERIDO: NYVEPRIA.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

EFLORNITINA

Productos afectados

- IWILFIN

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	24 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

ELACESTRANT

Productos afectados

- ORSERDU COMPRIMIDO ORAL 345 MG, 86 MG

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

ELAFIBRANOR

Productos afectados
- IQIRVO

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	COLANGITIS BILIAR PRIMARIA (PBC): INICIAL: DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR DOS DE LOS SIGUIENTES CRITERIOS: 1) NIVEL ELEVADO DE FOSFATASA ALCALINA, 2) PRESENCIA DE ANTICUERPOS ANTIMITOCONDRIALES O DE OTROS AUTOANTICUERPOS ESPECÍFICOS DE PBC, INCLUIDOS SP100 O GP210, SI LA AMA ES NEGATIVA, O 3) EVIDENCIA HISTOLÓGICA (OBTENIDA MEDIANTE BIOPSIA DE HÍGADO) DE COLANGITIS DESTRUCTIVA NO SUPURATIVA Y DESTRUCCIÓN DE LOS CONDUCTOS BILIARES INTERLOBULARES.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	PBC: INICIAL: PRESCRITO POR UN GASTROENTERÓLOGO O HEPATÓLOGO, O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros criterios	PBC: INICIAL: 1) SIN USO CONCOMITANTE CON OTRA TERAPIA DE SEGUNDA LÍNEA PARA PBC, 2) SE UTILIZA EN COMBINACIÓN CON URSODIOL SI HAY RESPUESTA INADECUADA DESPUÉS DE TRATAMIENTO CON URSODIOL EN MONOTERAPIA DURANTE AL MENOS 1 AÑO, O SE UTILIZA COMO MONOTERAPIA SI NO SE TOLERA URSODIOL, Y 3) NO PRESENTA CIRROSIS DESCOMPENSADA (CHILD-PUGH B O C). RENOVACIÓN: 1) SIGUE BENEFICIÁNDOSE DEL MEDICAMENTO Y 2) SIN USO CONCOMITANTE CON OTRA TERAPIA DE SEGUNDA LÍNEA PARA LA PBC.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

Fecha de actualización: 10/23/2026

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

ELAGOLIX

Productos afectados

- ORILISSA COMPRIMIDO ORAL 150 MG, 200 MG

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	DOLOR MODERADO A GRAVE ASOCIADO A LA ENDOMETRIOSIS: INICIAL: 18 AÑOS O MÁS.
Restricciones de prescripción	DOLOR MODERADO A GRAVE ASOCIADO A LA ENDOMETRIOSIS: INICIAL: PRESCRITO POR UN OBSTETRA O GINECÓLOGO, O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	INICIAL: 6 MESES, RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros criterios	DOLOR MODERADO A GRAVE ASOCIADO A LA ENDOMETRIOSIS: INICIAL: 1) SIN USO CONCOMITANTE CON OTRO AGENTE MODULADOR DE GNRH Y 2) PRUEBA DE UN AINE Y UNA PREPARACIÓN QUE CONTENGA PROGESTINA O CONTRAINDICACIÓN DE ELLOS. RENOVACIÓN: 1) MEJORA DEL DOLOR ASOCIADO A LA ENDOMETRIOSIS DURANTE LA TERAPIA Y 2) SIN USO CONCOMITANTE CON OTRO AGENTE MODULADOR DE GNRH.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

Fecha de actualización: 10/23/2026

ELAPEGADEMASA-LVLR

Productos afectados
- REVCOVI

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	ADENOSINA DESAMINASA DEFICIENCIA INMUNITARIA COMBINADA GRAVE (ADA-SCID): INICIAL: ADA-SCID TAL COMO SE MANIFIESTA POR: 1) PRUEBA GENÉTICA CONFIRMATORIA, O 2) HALLAZGOS DE LABORATORIO SUGERENTES (P. EJ., NIVELES ELEVADOS DE NUCLEÓTIDO DE DESOXIADENOSINA [DAXP], LINFOPENIA) Y SIGNOS/SÍNTOMAS CARACTERÍSTICOS (P. EJ., INFECCIONES RECURRENTES, FALLO DE MEDRO, DIARREA PERSISTENTE).
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	ADA-SCID: INICIAL: PRESCRITO POR UN INMUNÓLOGO, HEMATÓLOGO/ONCÓLOGO O MÉDICO ESPECIALIZADO EN TRASTORNOS METABÓLICOS HEREDITARIOS O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	ADA-SCID: RENOVACIÓN: 1) MEJORA O MANTENIMIENTO DE LA FUNCIÓN INMUNITARIA DESDE EL VALOR INICIAL Y 2) NO HA RECIBIDO TERAPIA HCT NI TERAPIA GÉNICA EXITOSA.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

ELEXACAFTOR-TEZACAFTOR-IVACAFTOR

Productos afectados

- TRIKAFTA GRANULADO ORAL EN SOBRE, SECUENCIAL
- TRIKAFTA COMPRIMIDOS ORALES, SECUENCIAL

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	FIBROSIS QUÍSTICA (FQ): INICIAL: PRESCRITO POR UN NEUMÓLOGO O UN EXPERTO EN FIBROSIS QUÍSTICA, O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: TODA LA VIDA.
Otros criterios	FQ: INICIAL: SIN USO CONCOMITANTE CON OTRO MODULADOR DEL REGULADOR DE LA CONDUCTANCIA TRANSMEMBRANA DE LA FIBROSIS QUÍSTICA (CFTR). RENOVACIÓN: 1) MEJORA DEL ESTADO CLÍNICO Y 2) SIN USO CONCOMITANTE CON OTRO MODULADOR CFTR.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

ELIGLUSTAT

Productos afectados

- CERDELGA

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

ELRANATAMAB-BCMM

Productos afectados

- ELREXFIO 44 MG/1.1 ML DE VIAL INTERIOR, SUV, P/F
- ELREXFIO SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA 40 MG/ML

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	MIELOMA MÚLTIPLE RECIDIVANTE O REFRACTARIO: RENOVACIÓN: 1) HA RECIBIDO AL MENOS 24 SEMANAS DE TRATAMIENTO CON ELREXFIO Y 2) HA RESPONDIDO AL TRATAMIENTO (RESPUESTA PARCIAL O MEJOR) Y HA MANTENIDO ESTA RESPUESTA DURANTE AL MENOS 2 MESES.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

ELTROMBOPAG - ALVAIZ

Productos afectados

- ALVAIZ

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	TROMBOCITOPENIA INMUNE PERSISTENTE O CRÓNICA (ITP): INICIAL: 1) EL RECUENTO DE PLAQUETAS ES MENOR DE 30 X 10^9/L, O 2) EL RECUENTO DE PLAQUETAS ES MENOR DE 50 X 10^9/L Y HA PRESENTADO UN EPISODIO DE SANGRADO PREVIO.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	INICIAL: ITP: PRESCRITO POR UN HEMATÓLOGO O INMUNÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	ITP: INICIAL: 6 MESES, RENOVACIÓN: 12 MESES. HEPATITIS C, ANEMIA APLÁSICA GRAVE: 12 MESES.
Otros criterios	INICIAL: ITP: 1) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UN CORTICOSTEROIDE O INMUNOGLOBULINA, O UNA RESPUESTA INSUFICIENTE A LA ESPLENECTOMÍA, Y 2) SIN USO CONCOMITANTE CON OTROS AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE TROMBOPOYETINA (TPO-RAS). RENOVACIÓN: ITP: 1) MEJORA EN EL RECUENTO DE PLAQUETAS RESPECTO AL VALOR INICIAL O REDUCCIÓN DE EVENTOS DE SANGRADO, y 2) SIN USO CONCOMITANTE CON OTROS TPO-RAS.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

ELTROMBOPAG - PROMACTA

Productos afectados

- *Olamina de eltrombopag polvo oral de en paquete 12.5 mg, 25 mg*
- *Olamina de eltrombopag comprimido oral 12.5 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	TROMBOCITOPENIA INMUNE PERSISTENTE O CRÓNICA (ITP): INICIAL: 1) RECUENTO DE PLAQUETAS INFERIOR A 30 X 10^9/L O 2) RECUENTO DE PLAQUETAS INFERIOR A 50 X 10^9/L Y UN EVENTO PREVIO DE SANGRADO.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	INICIAL: ITP: PRESCRITO POR UN HEMATÓLOGO O INMUNÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	ITP: INICIAL: 6 MESES, RENOVACIÓN: 12 MESES. HEPATITIS C, ANEMIA APLÁSICA GRAVE: 12 MESES.
Otros criterios	INICIAL: ITP: 1) PRUEBA DE UN CORTICOSTEROIDE O INMUNOGLOBULINA O CONTRAINDICACIÓN DE ELLOS, O RESPUESTA INSUFICIENTE A LA ESPLENECTOMÍA, Y 2) SIN USO CONCOMITANTE CON OTROS AGONISTAS DE LOS RECEPTORES DE TROMBOPOYETINA (TPO-RAS). TODAS LAS INDICACIONES: SOBRES DE SUSPENSIÓN ORAL DE ELTROMBOPAG: PRUEBA DE UNA VERSIÓN DEL FORMULARIO DE COMPRIMIDO DE ELTROMBOPAG O EL PACIENTE NO PUEDE TOLERAR LA FORMULACIÓN DE COMPRIMIDO. RENOVACIÓN: ITP: 1) MEJORA EN EL RECUENTO DE PLAQUETAS DESDE EL VALOR INICIAL O REDUCCIÓN DE LOS EVENTOS DE SANGRADO, Y 2) SIN USO CONCOMITANTE CON OTROS TPO-RA.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

Fecha de actualización: 10/23/2026

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

ENASIDENIB

Productos afectados

- IDHIFA

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

ENCORAFENIB

Productos afectados

- BRAFTOVI

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

ENSARTINIB

Productos afectados

- ENSACOVE CÁPSULA ORAL 100 MG, 25 MG

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

ENTRECTINIB CÁPSULAS

Productos afectados

- ROZLYTREK CÁPSULA ORAL 100 MG, 200 MG

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

ENTRECTINIB PELLETS

Productos afectados

- ROZLYTREK PELLETS ORALES EN SOBRE

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS METASTÁSICO (CPCNM), TUMORES SÓLIDOS: 1) PRUEBA DE CÁPSULAS DE ROZLYTREK PREPARADAS COMO SUSPENSIÓN ORAL O CONTRAINDICACIÓN DE ELLAS, Y 2) DIFICULTAD O INCAPACIDAD PARA TRAGAR CÁPSULAS.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

ENZALUTAMIDA

Productos afectados

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

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	CÁNCER DE PRÓSTATA SENSIBLE A LA CASTRACIÓN NO METASTÁSICO (NMCSPC): ALTO RIESGO DE METÁSTASIS (ES DECIR, TIEMPO DE DUPLICACIÓN DEL APE DE 9 MESES O MENOS). CÁNCER DE PRÓSTATA RESISTENTE A LA CASTRACIÓN METASTÁSICO (MCRPC), CRPC NO METASTÁSICO (NMCRPC), CSPC METASTÁSICO (MCSPC), NMCSPC: 1) RECIBIÓ UNA ORQUIECTOMÍA BILATERAL, 2) NIVEL DE CASTRACIÓN DE TESTOSTERONA (ES DECIR, MENOS DE 50 NG/DL), O 3) USO CONCOMITANTE CON UN ANÁLOGO DE LA HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINAS (GNRH).
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

EPCORITAMAB-BYSP

Productos afectados
- EPKINLY

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

EPOETIN ALFA-EPBX

Productos afectados

- SOLUCIÓN DE INYECCIÓN DE RETACRIT 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 autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	INICIAL: ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC), ANEMIA RELACIONADA CON ZIDOVUDINA O QUIMIOTERAPIA CONTRA EL CÁNCER: EL NIVEL DE HEMOGLOBINA ES INFERIOR A 10 G/DL. CIRUGÍA ELECTIVA, NO CARDÍACA Y NO VASCULAR: EL NIVEL DE HEMOGLOBINA ES IGUAL O MENOR QUE 13 G/DL. RENOVACIÓN: 1) ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN ADULTOS QUE NO ESTÁN EN DIÁLISIS: (A) EL NIVEL DE HEMOGLOBINA ES INFERIOR A 10 G/DL O (B) EL NIVEL DE HEMOGLOBINA ALCANZÓ 10 G/DL Y LA DOSIS SE ESTÁ REDUCIENDO O SE INTERRUMPIÓ PARA DISMINUIR LA NECESIDAD DE TRANSFUSIONES DE SANGRE. 2) ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS: (A) EL NIVEL DE HEMOGLOBINA ES INFERIOR A 10 G/DL O (B) EL NIVEL DE HEMOGLOBINA SE APROXIMA A 12 G/DL O LO SUPERA, Y LA DOSIS SE ESTÁ REDUCIENDO O SE INTERRUMPIÓ PARA DISMINUIR LA NECESIDAD DE TRANSFUSIONES DE SANGRE. 3) ANEMIA RELACIONADA CON ZIDOVUDINA: NIVEL DE HEMOGLOBINA ENTRE 10 G/DL y 12 G/DL. 4) QUIMIOTERAPIA CONTRA EL CÁNCER: (A) EL NIVEL DE HEMOGLOBINA ES INFERIOR A 10 G/DL O (B) EL NIVEL DE HEMOGLOBINA NO SUPERA EL NIVEL NECESARIO PARA EVITAR LA TRANSFUSIÓN DE GLÓBULOS ROJOS.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	ANEMIA POR QUIMIO/ERC SIN DIÁLISIS/ZIDOVUDINA: INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES. CIRUGÍA: 1 MES.

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Otros criterios	RENOVACIÓN: ERC: NO RECIBE TRATAMIENTO DE DIÁLISIS. ESTE MEDICAMENTO PUEDE ESTAR INCLUIDO Y CUBIERTO POR LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON LA DIÁLISIS PARA ENFERMEDAD RENAL TERMINAL O CUBIERTO POR MEDICARE D, SEGÚN LAS CIRCUNSTANCIAS.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

ERDAFITINIB

Productos afectados

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

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

ERENUMAB-AOOE

Productos afectados

- AUTOINYECTOR DE AIMOVIG

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	PREVENCIÓN DE LA MIGRAÑA: INICIAL/RENOVACIÓN: SIN USO CONCOMITANTE CON OTROS INHIBIDORES DE CGRP PARA LA PREVENCIÓN DE MIGRAÑAS. RENOVACIÓN: REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE MIGRAÑAS O CEFALEAS, LA GRAVEDAD O LA DURACIÓN DE LA MIGRAÑA CON TERAPIA.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

ERLOTINIB

Productos afectados

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

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS METASTÁSICO (CPCNM) CON MUTACIÓN EGFR: SIN TRATAMIENTO CONCOMITANTE CON UN INHIBIDOR DE TIROSINA QUINASA EGFR.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

ESKETAMINA

Productos afectados
- SPRAVATO

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	INICIAL: DEPRESIÓN RESISTENTE AL TRATAMIENTO (TRD), TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR (TDM): PRESCRITO POR UN PSIQUIATRA U OTRO PROFESIONAL CERTIFICADO EN REMS, O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	INICIAL: TRD: 3 MESES. MDD: 4 SEMANAS. RENOVACIÓN: TRD, MDD: 12 MESES.
Otros criterios	INICIAL: TRD, MDD: 1) DEPRESIÓN UNIPOLAR NO PSICÓTICA Y 2) SIN ABUSO ACTIVO DE SUSTANCIAS. RENOVACIÓN: TRD, MDD: BENEFICIO CLÍNICO DEMOSTRADO (MEJORA EN LA DEPRESIÓN) EN COMPARACIÓN CON EL ESTADO INICIAL.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

ETANERCEPT

Productos afectados

- ENBREL MINI
- ENBREL SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA
- ENBREL JERINGA SUBCUTÁNEA
- ENBREL SURECLICK

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	INICIAL: PSORIASIS EN PLACAS (PSO): LA PSORIASIS CUBRE EL 3 POR CIENTO O MÁS DEL ÁREA DE SUPERFICIE CORPORAL O LESIONES PSORIÁSICAS QUE AFECTAN LAS MANOS, PIES, ROSTRO, CUERO CABELLUDO O ZONA GENITAL.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	INICIAL: ARTRITIS REUMATOIDE (AR), ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL POLIARTICULAR (AIJP), ESPONDILITIS ANQUILOSANTE (EA): PRESCRITO POR UN REUMATÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UN REUMATÓLOGO. ARTRITIS PSORIÁSICA (APE): PRESCRITO POR UN DERMATÓLOGO O REUMATÓLOGO, O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO. PSO: PRESCRITO POR UN DERMATÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	INICIAL: AR: PRUEBA DE 3 MESES DE TRATAMIENTO CON UN DMARD (FÁRMACO ANTIRREUMÁTICO MODIFICADOR DE LA ENFERMEDAD) SINTÉTICO CONVENCIONAL O CONTRAINDICACIÓN DE UNO. SI EL PACIENTE PROBÓ METOTREXATO, ENTONCES SE REQUIERE UNA PRUEBA A UNA DOSIS DE AL MENOS 20 MG POR SEMANA O LA DOSIS MÁXIMA TOLERADA. EA: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UN AINE. PSO: 1) AL MENOS UNA PRUEBA DE 3 MESES CON UN INMUNOSUPRESOR ORAL (CICLOSPORINA, METOTREXATO, TACROLIMUS) O PUVA (FOTOTERAPIA), 2) CONTRAINDICACIÓN O INTOLERANCIA TANTO AL INMUNOSUPRESOR COMO AL PUVA, O 3) EL PACIENTE

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
	CAMBIA DE OTRO AGENTE BIOLÓGICO, INHIBIDOR DE PDE-4 O INHIBIDOR DE JAK PARA LA MISMA INDICACIÓN. INICIAL/RENOVACIÓN: TODAS LAS INDICACIONES: SIN USO CONCOMITANTE CON OTRO AGENTE BIOLÓGICO SISTÉMICO NI MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR PDE-4) PARA LA MISMA INDICACIÓN. RENOVACIÓN: TODAS LAS INDICACIONES: SIGUE BENEFICIÁNDOSE DEL MEDICAMENTO.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

EVEROLIMUS-AFINITOR

Productos afectados

- *Everolimus (antineoplásico) comprimido oral 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg*
- *Torpenz comprimido oral 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg*
- *Yulithira comprimido oral 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

EVEROLIMUS-AFINITOR DISPERZ

Productos afectados

- *Everolimus (antineoplásico) comprimido oral para suspensión*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

CÁPSULA DE MICROBIOTA FECAL

Productos afectados

- VOWST

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	30 DÍAS
Otros criterios	INFECCIÓN POR CLOSTRIDIOIDES DIFFICILE (CDI): 1) NO RECIBIÓ PREVIAMENTE VOWST: FINALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO PARA LA CDI RECURRENTE (AL MENOS 3 EPISODIOS DE CDI), O 2) HABER RECIBIDO VOWST PREVIAMENTE: (A) TRATAMIENTO FALLIDO (DEFINIDO COMO LA PRESENCIA DE DIARREA ASOCIADA A CDI DENTRO DE LAS 8 SEMANAS SIGUIENTES A LA PRIMERA DOSIS DE VOWST Y UNA PRUEBA DE HECES POSITIVA PARA C. DIFFICILE), Y (B) NO HABER RECIBIDO MÁS DE UN CICLO DE TRATAMIENTO DE VOWST QUE HAYA DURADO AL MENOS 12 DÍAS Y NO MÁS DE 8 SEMANAS ANTES.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

FEDRATINIB

Productos afectados
- INREBIC

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros criterios	MIELOFIBROSIS: INICIAL: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE JAKAFI (RUXOLITINIB). RENOVACIÓN: SIGUE BENEFICIÁNDOSE DEL MEDICAMENTO.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

FENFLURAMINA

Productos afectados

- FINTEPLA

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	INICIAL: SÍNDROME DE DRAVET, SÍNDROME DE LENNOX-GASTAUT (LGS): PRESCRITO POR UN NEURÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UN NEURÓLOGO.
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	INICIAL: LGS: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS ANTIEPILÉPTICOS: RUFINAMIDA, FELBAMATO, CLOBAZAM, TOPIRAMATO, LAMOTRIGINA, CLONAZEPAM.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

CITRATO DE FENTANILO

Productos afectados

- *Citrato de fentanilo, pastilla para chupar con aplicador bucal*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	DOLOR RELACIONADO CON EL CÁNCER: 1) ACTUALMENTE EN UNA DOSIS DE MANTENIMIENTO DE ANALGÉSICOS OPIOIDES DE LIBERACIÓN CONTROLADA, Y 2) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE AL MENOS UN AGENTE ANALGÉSICO OPIOIDE ORAL DE LIBERACIÓN INMEDIATA O EL PACIENTE TIENE DIFICULTAD PARA TRAGAR COMPRIMIDOS O CÁPSULAS.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

FEZOLINETANT

Productos afectados
- VEOZAH

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros criterios	SÍNTOMAS VASOMOTORES (VMS) DE LA MENOPAUSIA: INICIAL: 1) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE TERAPIA HORMONAL (P. EJ., PARCHE TRANSDÉRMICO DE ESTRADIOL, ESTRÓGENOS CONJUGADOS ORALES), 2) PRUEBAS DE LABORATORIO PARA ESTABLECER LA FUNCIÓN HEPÁTICA INICIAL Y SEGUIMIENTO CONTINUO DE ESTOS VALORES CONFORME A LA RECOMENDACIÓN ACTUAL DE LA FDA, Y 3) SIN USO CONCOMITANTE CON OTRO AGENTE HORMONAL (P. EJ., PREMPRO) O NO HORMONAL (P. EJ., BRISDELLE) PARA LAS MV. RENOVACIÓN: 1) NECESIDAD CONTINUA DE TRATAMIENTO DE SVM (SOFOCOS PERSISTENTES), 2) REDUCCIÓN EN LA FRECUENCIA O GRAVEDAD DE LA SVM DEBIDO AL TRATAMIENTO CON VEOZAH Y 3) SIN NUEVOS SÍNTOMAS DE LESIÓN HEPÁTICA O EMPEORAMIENTO DE LOS VALORES DE ANÁLISIS (P. EJ., ALT, AST, BILIRRUBINA TOTAL).
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

FILGRASTIM-AAFI

Productos afectados

- NIVESTYM

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	PRESCRITO POR UN HEMATÓLOGO U ONCÓLOGO, O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

FINERENONE

Productos afectados
- KERENDIA

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	INICIAL: INSUFICIENCIA CARDÍACA (IC): 1) CLASE II-IV DE LA NEW YORK HEART ASSOCIATION (NYHA) Y 2) FRACCIÓN DE EYECCIÓN DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO DE AL MENOS 40%, QUE NO SE DEBE A UNA CAUSA SUBYACENTE (P. EJ., CARDIOMIOPATÍA INFILTRATIVA, CARDIOMIOPATÍA HIPERTRÓFICA, ENFERMEDAD VALVULAR, ENFERMEDAD PERICÁRDICA, INSUFICIENCIA CARDÍACA DE GASTO ELEVADO).
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	INICIAL: IC: PRESCRITO POR UN CARDIÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros criterios	ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA (ERC) ASOCIADA CON DIABETES TIPO 2 (T2D): INICIAL: ANTECEDENTES Y CONTINUACIÓN DE TRATAMIENTO CON UN INHIBIDOR DE LA ENZIMA CONVERSORA DE ANGIOTENSINA (ACE-I) O UN BLOQUEADOR DE LOS RECEPTORES DE ANGIOTENSINA (ARB), O TIENE UNA CONTRAINDICACIÓN O INTOLERANCIA A ELLOS. IC: INICIAL/RENOVACIÓN: SIN USO CONCOMITANTE CON OTRO AGONISTA DEL RECEPTOR MINERALOCORTICOIDE (ALDOSTERONA).
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

FINGOLIMOD

Productos afectados

- *Fingolimod*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

FOSCARBIDOPA-FOSLEVODOPA

Productos afectados

- VYALEV

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	ENFERMEDAD DE PARKINSON (EP): INICIAL: PRESCRITO POR UN NEURÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UN NEURÓLOGO.
Duración de la cobertura	INICIAL: 12 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	EP: INICIAL: UNO DE LOS SIGUIENTES: 1) INCAPAZ DE TRAGAR COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA (ER) O DE ADMINISTRARSE CÁPSULAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA (ER) A TRAVÉS DE UN TUBO DE ALIMENTACIÓN, O 2) FRACASO EN LA ADHERENCIA O INTOLERANCIA A UN RÉGIMEN ORAL DE CARBIDOPA/LEVODOPA A TRAVÉS DE UN TUBO DE ALIMENTACIÓN. RENOVACIÓN: MEJORA DE LOS SÍNTOMAS MOTORES DURANTE LA TERAPIA.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

FOSTAMATINIB

Productos afectados

- TAVALISSE

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	TROMBOCITOPENIA INMUNE CRÓNICA (CITP): INICIAL: 1) RECUENTO DE PLAQUETAS INFERIOR A 30 X 10^9/L O 2) RECUENTO DE PLAQUETAS INFERIOR A 50 X 10^9/L Y UN EVENTO PREVIO DE SANGRADO.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	CITP: INICIAL: PRESCRITO POR UN HEMATÓLOGO O INMUNÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	CITP: RENOVACIÓN: MEJORA EN EL RECUENTO DE PLAQUETAS RESPECTO AL VALOR INICIAL O REDUCCIÓN DE LOS EVENTOS DE SANGRADO.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

FRUQUINTINIB

Productos afectados

- FRUZAQLA CÁPSULA ORAL 1 MG, 5 MG

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

FUTIBATINIB

Productos afectados

- LYTGOBI

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	COLANGIOCARCINOMA INTRAHEPÁTICO (ICCA): REALIZAR UN EXAMEN OFTALMOLÓGICO COMPLETO, QUE INCLUYA TOMOGRAFÍA ÓPTICA DE COHERENCIA (OCT), ANTES DE INICIAR LA TERAPIA Y EN LOS INTERVALOS PROGRAMADOS RECOMENDADOS.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

GALCANEZUMAB-GNLM

Productos afectados

- PLUMA EMGALITY
- JERINGA EMGALITY JERINGA SUBCUTÁNEA 120 MG/ML, 300 MG/3 ML (100 MG/ML x 3)

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	INICIAL: PREVENCIÓN DE LA MIGRAÑA: 6 MESES. CEFALEA EN RACIMOS EPISÓDICA: 3 MESES. RENOVACIÓN (TODOS): 12 MESES.
Otros criterios	PREVENCIÓN DE LA MIGRAÑA: INICIAL/RENOVACIÓN: SIN USO CONCOMITANTE CON OTROS INHIBIDORES DE CGRP PARA LA PREVENCIÓN DE MIGRAÑAS. RENOVACIÓN: REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE MIGRAÑAS O CEFALEAS, LA GRAVEDAD O LA DURACIÓN DE LA MIGRAÑA CON TERAPIA. CEFALEA EN RACIMOS EPISÓDICA: RENOVACIÓN: MEJORA EN LA FRECUENCIA DE CEFALEA EN RACIMOS EPISÓDICA EN COMPARACIÓN CON EL ESTADO INICIAL.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

GANAXOLONA

Productos afectados

- ZTALMY

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

GARADACIMAB-GXII

Productos afectados

- AUTOINYECTOR ANDEMBRY

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	ANGIOEDEMA HEREDITARIO (HAE): INICIAL: 1) HAE TIPO III, O 2) HAE TIPO I O II CONFIRMADO POR UNA DE LAS SIGUIENTES PRUEBAS DE COMPLEMENTO: NIVELES DE PROTEÍNA DE C1-INH, NIVELES DE PROTEÍNA DE C4, NIVELES FUNCIONALES DE C1-INH, C1Q.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	HAE: INICIAL: PRESCRITO POR UN ALERGÓLOGO, INMUNÓLOGO, HEMATÓLOGO O NEUMÓLOGO, O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros criterios	HAE: INICIAL: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UNO DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: CINRYZE, HAEGARDA, TAKHZYRO. INICIAL/RENOVACIÓN: SIN TRATAMIENTO CONCOMITANTE CON UN AGENTE PROFILÁCTICO ALTERNATIVO PARA ATAQUES DE HAE.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

GEFITINIB

Productos afectados

- *Gefitinib*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS METASTÁSICO (CPCNM) CON MUTACIÓN EGFR: SIN TRATAMIENTO CONCOMITANTE CON UN INHIBIDOR DE TIROSINA QUINASA EGFR.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

GEPIRONA

Productos afectados

- EXXUA COMPRIMIDO ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS
- EXXUA COMPRIMIDO ORAL, PAQUETE DE DOSIS DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR: INICIAL: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE LOS AGENTES PREFERIDOS: TRINTELLIX Y UN ANTIDEPRESIVO GENÉRICO. INICIAL/RENOVACIÓN: SIN USO CONCOMITANTE CON OTRO AGONISTA DEL RECEPTOR 5-HT1A (P. EJ., BUSPIRONA). RENOVACIÓN: RESPUESTA O REMISIÓN DE LOS SÍNTOMAS DEPRESIVOS CON TERAPIA.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

GILTERITINIB

Productos afectados

- XOSPATA

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

GLASDEGIB

Productos afectados

- DAURISMO COMPRIMIDO ORAL 100 MG, 25 MG

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

GLATIRAMER

Productos afectados

- *Jeringa subcutánea de glatiramer 20 mg/ml, 40 mg/ml*
- *Jeringa subcutánea de glatopa 20 mg/ml, 40 mg/ml*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

GLECAPREVIR/PIBRENTASVIR

Productos afectados

- MAVYRET COMPRIMIDO ORAL

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	NIVEL DE ARN DEL VHC EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	SE APLICARÁN CRITERIOS DE ACUERDO CON LAS DIRECTRICES ACTUALES DE AASLD/IDSA.
Otros criterios	1) LOS CRITERIOS SE APLICARÁN DE ACUERDO CON LAS DIRECTRICES ACTUALES DE AASLD/IDSA, 2) INTOLERANCIA A UNO DE LOS AGENTES PREFERIDOS DEL FORMULARIO O CONTRAINDICACIÓN: HARVONI O EPCLUSA, CUANDO ESTOS AGENTES SE CONSIDERAN ACEPTABLES PARA EL TRATAMIENTO DEL GENOTIPO ESPECÍFICO SEGÚN LAS DIRECTRICES AASLD/IDSA, 3) SIN USO CONCOMITANTE CON LOS SIGUIENTES AGENTES: RIFAMPINA, ATAZANAVIR, CARBAMAZEPINA, EFAVIRENZ, DARUNAVIR, LOPINAVIR, RITONAVIR, ATORVASTATINA, LOVASTATINA, SIMVASTATINA, ROSUVASTATINA EN DOSIS SUPERIORES A 10MG, CICLOSPORINA EN DOSIS SUPERIORES A 100MG AL DÍA, MEDICAMENTOS QUE CONTENGAN MÁS DE 20MCG DE ETINILESTRADIOL, EPCLUSA, HARVONI, VOSEVI O ZEPATIER, Y 4) NO PRESENTA DETERIORO HEPÁTICO MODERADO O GRAVE (PUGH B O C INFANTIL).
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

GLP1-DULAGLUTIDA

Productos afectados

- TRULICITY

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

GLP1-SEMAGLUTIDA

Productos afectados

- OZEMPIC ORAL
- OZEMPIC SUBCUTÁNEO
- RYBELSUS

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

GLP1-TIRZEPATIDA

Productos afectados

- MOUNJARO

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES.
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

FENILBUTIRATO DE GLICEROL

Productos afectados

- *Fenilbutirato de glicerol*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	TRASTORNO DEL CICLO DE LA UREA (UCD): INICIAL: EL DIAGNÓSTICO SE CONFIRMA MEDIANTE PRUEBAS ENZIMÁTICAS, BIOQUÍMICAS O PRUEBAS GENÉTICAS
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros criterios	UCD: INICIAL: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE FENILBUTIRATO DE SODIO. RENOVACIÓN: EL PACIENTE HA MOSTRADO BENEFICIO CLÍNICO RESPECTO AL VALOR INICIAL.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

GOSERELINA

Productos afectados

- ZOLADEX

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	ENDOMETRIOSIS: PRESCRITO POR UN OBSTETRA O GINECÓLOGO, O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	CARCINOMA PROSTÁTICO EN ESTADIO B2-C: 4 MESES. ENDOMETRIOSIS: 6 MESES A LO LARGO DE SU VIDA. TODOS LOS DEMÁS: 12 MESES.
Otros criterios	ENDOMETRIOSIS: 1) SIN USO CONCOMITANTE CON OTRO AGENTE MODULADOR DE GNRH, 2) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE LA PREPARACIÓN QUE CONTIENE AINE Y PROGESTINA, Y 3) NO HA RECIBIDO UN TOTAL DE 6 MESES DE TRATAMIENTO A LO LARGO DE SU VIDA.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

GUSELKUMAB

Productos afectados

- TREMFYA INTRAVENOSO
- TREMFYA ONE-PRESS
- PLUMA TREMFYA INDUCTION PK (2PLUMA)
- PLUMA TREMFYA INYECTOR DE PLUMA SUBCUTÁNEA 200 MG/2 ML
- JERINGA SUBCUTÁNEA TREMFYA

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	INICIAL: PSORIASIS EN PLACAS (PSO): LA PSORIASIS CUBRE EL 3 POR CIENTO O MÁS DEL ÁREA DE SUPERFICIE CORPORAL O LESIONES PSORIÁSICAS QUE AFECTAN LAS MANOS, PIES, ROSTRO, CUERO CABELLUDO O ZONA GENITAL.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	INICIAL: PSO: PRESCRITO POR UN DERMATÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO. ARTRITIS PSORIÁSICA (APE): PRESCRITO POR UN REUMATÓLOGO O UN DERMATÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO. COLITIS ULCEROSA (CU), ENFERMEDAD DE CROHN (CD): PRESCRITO POR UN GASTROENTERÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros criterios	INICIAL: PSO: 1) AL MENOS UNA PRUEBA DE 3 MESES CON UN INMUNOSUPRESOR ORAL (CICLOSPORINA, METOTREXATO, TACROLIMUS) O PUVA (FOTOTERAPIA), 2) CONTRAINDICACIÓN O INTOLERANCIA TANTO AL INMUNOSUPRESOR COMO AL PUVA, O 3) EL PACIENTE CAMBIA DE OTRO AGENTE BIOLÓGICO, INHIBIDOR DE PDE-4 O INHIBIDOR DE JAK PARA LA MISMA INDICACIÓN. INICIAL/RENOVACIÓN: TODAS LAS INDICACIONES: SIN USO CONCOMITANTE CON OTRO AGENTE BIOLÓGICO SISTÉMICO NI MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR PDE-4) PARA LA MISMA INDICACIÓN. RENOVACIÓN: PSO, APE: SIGUE BENEFICIÁNDOSE DEL MEDICAMENTO.

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

SOLUCIONES ORALES OPIOIDES DE ALTA CONCENTRACIÓN

Productos afectados

- *Solución oral concentrada de morfina*
- *Concentrado oral de oxicodona*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	TOLERANTE A LOS OPIOIDES: 12 MESES. HOSPICIO, CUIDADOS PALIATIVOS O CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA: TODA LA VIDA.
Otros criterios	1) TOLERANTE A OPIOIDES (ES DECIR, USO PREVIO DE 60 MG DE MORFINA ORAL AL DÍA, 25 MCG DE FENTANILO TRANSDÉRMICO POR HORA, 30 MG DE OXICODONA ORAL AL DÍA, 8 MG DE HIDROMORFONA ORAL AL DÍA, 25 MG DE OXIMORFONA ORAL AL DÍA, 60 MG DE HIDROCODONA ORAL AL DÍA, O UNA DOSIS EQUIANALGÉSICA DE OTRO OPIOIDE) Y CON DIFICULTADES PARA TRAGAR COMPRIMIDOS, CÁPSULAS, O GRANDES VOLÚMENES DE LÍQUIDO DE OPIOIDES, O 2) INSCRITO EN UN PROGRAMA DE HOSPICIO, CUIDADOS PALIATIVOS O CUIDADOS AL FINAL DE LA VIDA.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No

Fecha de actualización: 10/23/2026

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Se requiere terapia previa	Sí

IBERDOMIDA

Productos afectados

- ZENBEXUS

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

IBRUTINIB

Productos afectados

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

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	ENFERMEDAD CRÓNICA DE INJERTO CONTRA HUÉSPED (EICH CRÓNICA): SIN USO CONCOMITANTE CON JAKAFI, NIKTIMVO O REZUROCK.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

IBUPROFENO-FAMOTIDINA

Productos afectados

- *Ibuprofeno-famotidina*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	PRUEBA DE UNO DE LOS SIGUIENTES ANTAGONISTAS DE LOS RECEPTORES H2 DE HISTAMINA GENÉRICOS BAJO LEYENDA FEDERAL: FAMOTIDINA, CIMETIDINA O NIZATIDINA, Y PRUEBA DE IBUPROFENO GENÉRICO BAJO LEYENDA FEDERAL.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

ICATIBANT

Productos afectados

- *Icatibant*
- *Sajazir*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	ANGIOEDEMA HEREDITARIO (HAE): INICIAL: 1) HAE TIPO III, O 2) HAE TIPO I O II CONFIRMADO POR UNA DE LAS SIGUIENTES PRUEBAS DE COMPLEMENTO: NIVELES DE PROTEÍNA DE C1-INH, NIVELES DE PROTEÍNA DE C4, NIVELES FUNCIONALES DE C1-INH, C1Q.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	HAE: INICIAL: PRESCRITO POR UN ALERGÓLOGO, INMUNÓLOGO, HEMATÓLOGO O NEUMÓLOGO, O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros criterios	HAE: INICIAL/RENOVACIÓN: SIN USO CONCOMITANTE CON OTROS MEDICAMENTOS PARA EL TRATAMIENTO DE ATAQUES GRAVES DE HAE.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

IDELALISIB

Productos afectados

- ZYDELIG

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

IMATINIB

Productos afectados

- *Imatinib comprimido oral 100 mg, 400 mg*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	TRATAMIENTO ADYUVANTE DEL TUMOR ESTROMAL GASTROINTESTINAL: 36 MESES. TODOS LOS DEMÁS DIAGNÓSTICOS: 12 MESES.
Otros criterios	LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA POSITIVA EN CROMOSOMA FILADELFIA: EL PACIENTE NO HA RECIBIDO UN TRATAMIENTO PREVIO CON OTRO INHIBIDOR DE TIROSINA QUINASA.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

IMATINIB SOLUCIÓN

Productos afectados
- IMKELDI

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	TRATAMIENTO ADYUVANTE DEL TUMOR ESTROMAL GASTROINTESTINAL: 36 MESES. TODOS LOS DEMÁS DIAGNÓSTICOS: 12 MESES.
Otros criterios	LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA POSITIVA EN CROMOSOMA FILADELFIA: EL PACIENTE NO HA RECIBIDO UN TRATAMIENTO PREVIO CON OTRO INHIBIDOR DE TIROSINA QUINASA. TODAS LAS INDICACIONES: INCAPAZ DE TRAGAR COMPRIMIDOS GENÉRICOS DE IMATINIB.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

IMETELSTAT

Productos afectados

- RYTELO

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

IMLUNESTRANT

Productos afectados

- INLURIYO

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

INAVOLISIB

Productos afectados

- ITOVEBI COMPRIMIDO ORAL 3 MG, 9 MG

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

INFLIXIMAB

Productos afectados

- *Infliximab*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	INICIAL: PSORIASIS EN PLACAS (PSO): PSORIASIS QUE CUBRE EL 3 POR CIENTO O MÁS DEL ÁREA DE SUPERFICIE CORPORAL O LESIONES PSORIÁSICAS QUE AFECTAN LAS MANOS, LOS PIES, EL ÁREA GENITAL, EL CUERO CABELLUDO O LA CARA.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	INICIAL: ARTRITIS REUMATOIDE (AR), ESPONDILITIS ANQUILOSANTE (EA): PRESCRITO POR UN REUMATÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UN REUMATÓLOGO. ARTRITIS PSORIÁSICA (APE): PRESCRITO POR UN DERMATÓLOGO O REUMATÓLOGO, O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO. PSO: PRESCRITO POR UN DERMATÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO. ENFERMEDAD DE CROHN (CD), COLITIS ULCEROSA (CU): PRESCRITO POR UN GASTROENTERÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	INICIAL: AR: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: HUMIRA/CYLTEZO/YUFLYMA/HADLIMA, XELJANZ, RINVOQ, ORENCIA. APE: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: COSENTYX, HUMIRA/CYLTEZO/YUFLYMA/HADLIMA, SELARSDI/YESINTEK/USTEKINUMAB-AAUZ, XELJANZ, RINVOQ, SKYRIZI, TREMFYA, ORENCIA, OTEZLA. PSO: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: COSENTYX, HUMIRA/CYLTEZO/YUFLYMA/HADLIMA, SELARSDI/YESINTEK/USTEKINUMAB-AAUZ, SKYRIZI,

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
	TREMFYA, OTEZLA. EA: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: COSENTYX, HUMIRA/CYLTEZO/YUFLYMA/HADLIMA, XELJANZ, RINVOQ. EC DE MODERADA A GRAVE: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS, DONDE LAS EDADES COINCIDEN: SELARSDI/YESINTEK/USTEKINUMAB-AAUZ, HUMIRA/CYLTEZO/YUFLYMA/HADLIMA, RINVOQ, SKYRIZI, TREMFYA. CU: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS, DONDE LAS EDADES COINCIDEN: SELARSDI/YESINTEK/USTEKINUMAB-AAUZ, XELJANZ, HUMIRA/CYLTEZO/YUFLYMA/HADLIMA, RINVOQ, SKYRIZI, TREMFYA. INICIAL/RENOVACIÓN: AR, APE, EA, PSO, CD MODERADA A GRAVE, UC: SIN USO CONCOMITANTE CON OTRO AGENTE BIOLÓGICO SISTÉMICO NI MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR PDE-4) PARA LA MISMA INDICACIÓN. RENOVACIÓN: AR, APE, EA, PSO: SIGUE BENEFICIÁNDOSE DEL MEDICAMENTO.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

DETERMINACIÓN DE PAGOS DE SUMINISTROS DE INSULINA

Productos afectados

- UNIFINE PENTP 1.ª CATEGORÍA 5MM CALIBRE 31
- UNIFINE PNTIP 1.ª CATEGORÍA 4MM CALIBRE 32
- UNIFINE PNTIP 1.ª CATEGORÍA 6MM CALIBRE 31
- UNIFINE PNTIP DE PRIMER NIVEL, 8MM CALIBRE 31 ESTÉRIL, DE UN SOLO USO, CORTO
- UNIFINE PNTP DE PRIMER NIVEL CALIBRE 29X1/2"
- UNIFINE PNTP DE PRIMER NIVEL CALIBRE 31X3/16
- UNIFINE PNTP DE PRIMER NIVEL CALIBRE 32X5/32
- ADVOCATE INS 0.3 ML CALIBRE 30X5/16"
- ADVOCATE INS 0.3 ML CALIBRE 31X5/16"
- ADVOCATE INS 0.5 ML CALIBRE 30X5/16"
- ADVOCATE INS 0.5 ML CALIBRE 31X5/16"
- ADVOCATE INS 1 ML CALIBRE 31X5/16"
- JERINGA PARA INSULINA ADVOCATE 1 ML CALIBRE 30X5/16
- AGUJA PARA PLUMA ADVOCATE CALIBRE 32 4MM
- AGUJA PARA PLUMA ADVOCATE 4MM CALIBRE 33
- AGUJAS PARA PLUMA ADVOCATE 5MM CALIBRE 31
- AGUJAS PARA PLUMA ADVOCATE 8MM CALIBRE 31
- ALMOHADILLAS CON ALCOHOL
- AGUJA PARA PLUMA AQINJECT CALIBRE 31 5MM
- AGUJA PARA PLUMA AQINJECT CALIBRE 32 4MM
- AGUJA PARA PLUMA ASSURE ID DUO PRO CALIBRE 31 5MM
- ASSURE ID DUO-SHIELD CALIBRE 30x3/16"
- ASSURE ID DUO-SHIELD CALIBRE 30X5/16"
- JERINGA DE SEGURIDAD PARA INSULINA ASSURE ID 1 ML CALIBRE 29 X 1/2"
- AGUJA PARA PLUMA ASSURE ID CALIBRE 30X5/16"
- AGUJA PARA PLUMA ASSURE ID PRO CALIBRE 30 5MM
- JERINGA ASSURE ID 0.5 ML CALIBRE 31X15/64"
- JERINGA ASSURE ID 1 ML CALIBRE 31X15/64"
- AGUJA PARA PLUMA DE SEGURIDAD AUTOKEEPER CALIBRE 30 5MM
- AGUJA PARA PLUMA DE SEGURIDAD AUTOKEEPER CALIBRE 30 8MM
- AGUJA BD AUTOSHIELD DUO 5MM X CALIBRE 30
- JERINGA BD ECLIPSE CALIBRE 30X1/2"
- JERINGA PARA INSULINA BD 0.3 ML 8MM X CALIBRE 31 (1/2)
- JERINGA PARA INSULINA BD UF 0.3 ML 12.7MM X CALIBRE 30
- JERINGA PARA INSULINA BD UF 0.5 ML 12.7MM X CALIBRE 30, NO ESTÁ EN VENTA AL PÚBLICO
- JERINGA PARA INSULINA BD 1 ML CALIBRE 27X12.7MM
- JERINGA PARA INSULINA BD 1 ML CALIBRE 27X5/8" MICRO-FINO
- BD SAFETGLD INS 0.3 ML CALIBRE 29 13MM

Fecha de actualización: 10/23/2026

- BD SAFETYGLD INS 0.3 ML CALIBRE 31 8MM
- BD SAFETYGLD INS 0.5 ML CALIBRE 30 8MM
- BD SAFETYGLD INS 1 ML CALIBRE 29 13MM
- BD SAFETYGLID INS 1 ML 6MM X CALIBRE 31
- JERINGA BD SAFETYGLIDE CALIBRE 27X5/8
- BD SAFTYGLD INS 0.3 ML 6 MM x CALIBRE 31
- BD SAFTYGLD INS 0.5 ML CALIBRE 29 13MM
- BD SAFTYGLD INS 0.5 ML 6MM X CALIBRE 31
- HISOPO BD DE USO ÚNICO
- AGUJA PARA MICRO PLUMA BD UF 6MM X CALIBRE 32
- AGUJA PARA PLUMA MINI BD UF 5MM X CALIBRE 31
- AGUJA PARA PLUMA NANO BD UF 4MM X CALIBRE 32
- AGUJA PARA PLUMA BD UF ORIG 12.7MM X CALIBRE 29
- AGUJA PARA PLUMA CORTA BD UF 8MM X CALIBRE 31
- BD VEO INS 0.3 ML 6MM X CALIBRE 31 (1/2)
- JERINGA PARA INSULINA BD VEO 1 ML 6MM X CALIBRE 31
- JERINGA PARA INSULINA BD VEO 0.3 ML 6MM X CALIBRE 31
- JERINGA PARA INSULINA BD VEO 0.5 ML 6MM X CALIBRE 31
- GASA BORDEADA 2"X2"
- AGUJA PARA PLUMA CAREFINE 12.7MM CALIBRE 29 HRI
- AGUJA PARA PLUMA CAREFINE 4MM CALIBRE 32
- AGUJA PARA PLUMA CAREFINE 5MM CALIBRE 32
- AGUJA PARA PLUMA CAREFINE 6MM CALIBRE 31 HRI
- AGUJA PARA PLUMA CAREFINE 8MM CALIBRE 30 HRI
- AGUJAS PARA PLUMA CAREFINE 6MM CALIBRE 32
- AGUJAS PARA PLUMA CAREFINE 8MM CALIBRE 31
- ALMOHADILLA CON ALCOHOL AL 70% CARETOUCH
- AGUJA PARA PLUMA CARETOUCH CALIBRE 29 12MM
- AGUJA PARA PLUMA CARETOUCH CALIBRE 31 X 1/4"
- AGUJA PARA PLUMA CARETOUCH CALIBRE 31X3/16"
- AGUJA PARA PLUMA CARETOUCH CALIBRE 31X5/16"
- AGUJA PARA PLUMA CARETOUCH CALIBRE 32X3/16"
- AGUJA PARA PLUMA CARETOUCH CALIBRE 32X5/32"
- JERINGA CARETOUCH 0.3 ML CALIBRE 31 x 5/16"
- JERINGA CARETOUCH 0.5 ML CALIBRE 30X5/16"
- JERINGA CARETOUCH 0.5 ML CALIBRE 31X5/16"
- JERINGA CARETOUCH 1 ML CALIBRE 28X5/16"
- JERINGA CARETOUCH 1 ML CALIBRE 29X5/16"
- JERINGA CARETOUCH 1 ML CALIBRE 30X5/16"
- JERINGA CARETOUCH 1 ML CALIBRE 31X5/16"
- AGUJA PARA PLUMA CLICKFINE CALIBRE 32X5/32" CALIBRE 32X4MM, ESTÉRIL
- CLICKFINE UNIVERSAL CALIBRE 31 X 1/4" 6MM, MARCA PROPIA
- COMFORT EZ 0.3 ML CALIBRE 31 15/64"
- COMFORT EZ 0.5 ML CALIBRE 31 15/64"
- COMFORT EZ INS 0.3 ML CALIBRE 30X1/2"
- COMFORT EZ INS 0.3 ML CALIBRE 30X5/16"

- COMFORT EZ INS 1 ML CALIBRE 31 15/64"
- COMFORT EZ INS 1 ML CALIBRE 31X5/16"
- JERINGA PARA INSULINA COMFORT EZ 0.3 ML
- JERINGA PARA INSULINA COMFORT EZ 0.5 ML
- AGUJA PARA PLUMA COMFORT EZ 12MM CALIBRE 29
- AGUJAS PARA PLUMA COMFORT EZ 4MM CALIBRE 32 DE UN SOLO USO, MICRO
- AGUJAS PARA PLUMA COMFORT EZ 4MM CALIBRE 33
- AGUJAS PARA PLUMA COMFORT EZ 5MM CALIBRE 31 MINI
- AGUJAS PARA PLUMA COMFORT EZ 5MM CALIBRE 32 DE UN SOLO USO, MINI, HRI
- AGUJAS PARA PLUMA COMFORT EZ 5MM CALIBRE 33
- AGUJAS PARA PLUMA COMFORT EZ 6MM CALIBRE 31
- AGUJAS PARA PLUMA COMFORT EZ 6MM CALIBRE 32
- AGUJAS PARA PLUMA COMFORT EZ 6MM CALIBRE 33
- AGUJAS PARA PLUMA COMFORT EZ 8MM CALIBRE 31 CORTAS
- AGUJAS PARA PLUMA COMFORT EZ 8MM CALIBRE 32
- AGUJAS PARA PLUMA COMFORT EZ 8 MM CALIBRE 33
- AGUJA PARA PLUMA COMFORT EZ PLS CALIBRE 32 4MM
- AGUJA PARA PLUMA COMFORT EZ PRO CALIBRE 30 8MM
- AGUJA PARA PLUMA COMFORT EZ PRO CALIBRE 31 4MM
- AGUJA PARA PLUMA COMFORT EZ PRO CALIBRE 31 5MM
- JERINGA COMFORT EZ 0.3 ML CALIBRE 29X1/2"
- JERINGA COMFORT EZ 0.5 ML CALIBRE 28X1/2"
- JERINGA COMFORT EZ 0.5 ML CALIBRE 29X1/2"
- JERINGA COMFORT EZ 0.5 ML CALIBRE 30X1/2"
- JERINGA COMFORT EZ 1 ML 27G 12.7MM
- JERINGA COMFORT EZ 1 ML CALIBRE 28X1/2"
- JERINGA COMFORT EZ 1 ML CALIBRE 29X1/2"
- JERINGA COMFORT EZ 1 ML CALIBRE 30X1/2"
- JERINGA COMFORT EZ 1 ML CALIBRE 30X5/16"
- AGUJA PARA PLUMA COMFORT POINT CALIBRE 31X1/3"
- AGUJA PARA PLUMA COMFORT POINT CALIBRE 31X1/6"
- AGUJA PARA PLUMA COMFORT TOUCH CALIBRE 31 4MM
- AGUJA PARA PLUMA COMFORT TOUCH CALIBRE 31 5MM
- AGUJA PARA PLUMA COMFORT TOUCH CALIBRE 31 6MM
- AGUJA PARA PLUMA COMFORT TOUCH CALIBRE 31 8MM
- AGUJA PARA PLUMA COMFORT TOUCH CALIBRE 32 4MM
- AGUJA PARA PLUMA COMFORT TOUCH CALIBRE 32 5MM
- AGUJA PARA PLUMA COMFORT TOUCH CALIBRE 32 6MM
- AGUJA PARA PLUMA COMFORT TOUCH CALIBRE 32 8MM
- AGUJA PARA PLUMA COMFORT TOUCH CALIBRE 33 4MM
- AGUJA PARA PLUMA COMFORT TOUCH CALIBRE 33 5MM
- AGUJA PARA PLUMA COMFORT TOUCH CALIBRE 33 6MM
- TOALLITAS DE ALCOHOL CURITY, 2 CAPAS, MEDIANAS
- ALMOHADILLAS DE GASA CURITY
- ESPONJAS DE GASA CURITY (12 PLIEGUES) - 200/BOLSA

Fecha de actualización: 10/23/2026

- GASA DERMACEA 2"X2", 12 CAPAS, USP TIPO VII
- ESPONJAS DE GASA DERMACEA 2"x2", 8 CAPAS
- ESPONJA DERMACEA NO TEJIDA 2"X2"
- DROPLET 0.3 ML CALIBRE 29 12.7 MM (1/2) EXTERIOR
- DROPLET 0.3 ML CALIBRE 30 12.7 MM (1/2) EXTERIOR
- DROPLET 0.5 ML CALIBRE 29X12.5MM (1/2)
- DROPLET 0.5 ML CALIBRE 30X12.5MM (1/2)
- DROPLET INS 0.3 ML CALIBRE 29X12.5MM
- DROPLET INS 0.3 ML CALIBRE 30 8MM (1/2) EXTERIOR
- DROPLET INS 0.3 ml CALIBRE 30X12.5MM
- DROPLET INS 0.3 ML CALIBRE 31 6 MM (1/2) EXTERIOR
- DROPLET INS 0.3 ML CALIBRE 31 8MM (1/2) EXTERIOR
- DROPLET INS 0.5 ML CALIBRE 29 12.7 MM EXTERIOR
- DROPLET INS 0.5 ML CALIBRE 30 12.7MM EXTERIOR
- DROPLET INS 0.5 ML CALIBRE 30X6MM (1/2)
- DROPLET INS 0.5 ML CALIBRE 30X8MM (1/2)
- DROPLET INS 0.5 ML CALIBRE 31X6MM (1/2)
- DROPLET INS 0.5 ML CALIBRE 31X8MM (1/2)
- JERINGA PARA INSULINA DROPLET 0.3 ML CALIBRE 30X6MM
- JERINGA PARA INSULINA DROPLET 0.3 ML CALIBRE 30X8MM
- JERINGA PARA INSULINA DROPLET 0.3 ML CALIBRE 31X6MM
- JERINGA PARA INSULINA DROPLET 0.3 ML CALIBRE 31X8MM
- JERINGA PARA INSULINA DROPLET 0.5 ML CALIBRE 30 8 MM EXTERIOR
- JERINGA PARA INSULINA DROPLET 0.5 ML CALIBRE 31 6 MM EXTERIOR
- JERINGA PARA INSULINA DROPLET 0.5 ML CALIBRE 31 8MM EXTERIOR
- JERINGA PARA INSULINA DROPLET 1 ML CALIBRE 29 12.7 MM EXTERIOR
- JERINGA PARA INSULINA DROPLET 1 ML CALIBRE 30 12.5 MM
- JERINGA PARA INSULINA DROPLET 1 ML CALIBRE 30 6MM
- JERINGA PARA INSULINA DROPLET 1 ML CALIBRE 30 8MM EXTERIOR
- JERINGA PARA INSULINA DROPLET 1 ML CALIBRE 31 6 MM EXTERIOR
- JERINGA PARA INSULINA DROPLET 1 ML CALIBRE 31 8MM
- DROPLET MICRON CALIBRE 34 X 9/64"
- AGUJA PARA PLUMA DROPLET CALIBRE 29 10MM
- AGUJA PARA PLUMA DROPLET CALIBRE 29 12MM
- AGUJA PARA PLUMA DROPLET CALIBRE 30 8MM
- AGUJA PARA PLUMA DROPLET CALIBRE 31 5MM
- AGUJA PARA PLUMA DROPLET CALIBRE 31 6MM
- AGUJA PARA PLUMA DROPLET CALIBRE 31 8MM
- AGUJA PARA PLUMA DROPLET CALIBRE 32 4MM
- AGUJA PARA PLUMA DROPLET CALIBRE 32 5MM
- AGUJA PARA PLUMA DROPLET CALIBRE 32 6MM
- AGUJA PARA PLUMA DROPLET CALIBRE 32 8MM
- ALMOHADILLAS DE ALCOHOL AL 70% DROPSAFE
- JERINGA PARA INSULINA DROPSAFE 0.3 ML CALIBRE 31 6MM
- JERINGA PARA INSULINA DROPSAFE 0.3 ML CALIBRE 31 8MM
- JERINGA PARA INSULINA DROPSAFE 0.5 ML CALIBRE 31 6MM

- JERINGA PARA INSULINA DROPSAFE 0.5 ML CALIBRE 31 8MM
- JERINGA PARA INSULINA DROPSAFE 1 ML CALIBRE 31 6MM
- JERINGA PARA INSULINA DROPSAFE 1 ML CALIBRE 31 8MM
- INSULINA DROPSAFE 1 ML CALIBRE 29 12.5MM
- AGUJA PARA PLUMA DROPSAFE CALIBRE 31 4MM
- AGUJA PARA PLUMA DROPSAFE CALIBRE 31 5MM
- AGUJA PARA PLUMA DROPSAFE CALIBRE 31 8MM
- AGUJA PARA PLUMA DROPSAFE CALIBRE 31 X 1/4"
- AGUJA PARA PLUMA EASY CMFT SFTY CALIBRE 31 5MM
- AGUJA PARA PLUMA EASY CMFT SFTY, CALIBRE 31, 6MM
- AGUJA PARA PLUMA EASY CMFT SFTY CALIBRE 32 4MM
- EASY COMFORT 0.3 ML CALIBRE 31 1/2"
- EASY COMFORT 0.3 ML CALIBRE 31 5/16"
- EASY COMFORT 0.5 ML CALIBRE 30X1/2"
- EASY COMFORT 0.5 ML CALIBRE 31X5/16"
- EASY COMFORT 0.5 ML CALIBRE 32X5/16"
- JERINGA EASY COMFORT 0.5 ML
- EASY COMFORT 1 ML CALIBRE 31X5/16"
- EASY COMFORT 1 ML CALIBRE 32X5/16"
- ALMOHADILLA CON ALCOHOL AL 70% EASY COMFORT
- JERINGA PARA INSULINA EASY COMFORT 1 ML
- AGUJA PARA PLUMA EASY COMFORT CALIBRE 29 4MM
- AGUJA PARA PLUMA EASY COMFORT CALIBRE 29 5MM
- AGUJA PARA PLUMA EASY COMFORT CALIBRE 31X1/4"
- AGUJA PARA PLUMA EASY COMFORT CALIBRE 31X3/16"
- AGUJA PARA PLUMA EASY COMFORT CALIBRE 31X5/16"
- AGUJA PARA PLUMA EASY COMFORT CALIBRE 32X5/32"
- AGUJA PARA PLUMA EASY COMFORT CALIBRE 33 4MM
- AGUJA PARA PLUMA EASY COMFORT CALIBRE 33 5MM
- AGUJA PARA PLUMA EASY COMFORT CALIBRE 33 6MM
- JERINGA EASY COMFORT 0.5 ML CALIBRE 29 8MM
- JERINGA EASY COMFORT 1 ML CALIBRE 29 8MM
- JERINGA EASY COMFORT 1 ML CALIBRE 30X1/2"
- EASY GLIDE INS 0.3 ML CALIBRE 31X6MM
- EASY GLIDE INS 0.5 ML CALIBRE 31X6MM
- EASY GLIDE INS 1 ML CALIBRE 31X6MM
- AGUJA PARA PLUMA EASY GLIDE 4MM CALIBRE 33
- EASY TOUCH 0.3 ML CALIBRE 30 8MM (1/2)
- EASY TOUCH 0.3 ML CALIBRE 31 6MM (1/2)
- EASY TOUCH 0.3 ML CALIBRE 31 8MM (1/2)
- JERINGA EASY TOUCH 0.3 ML CALIBRE 30X1/2"
- JERINGA EASY TOUCH 0.5 ML CALIBRE 27X1/2"
- JERINGA EASY TOUCH 0.5 ML CALIBRE 29X1/2"
- JERINGA EASY TOUCH 0.5 ML CALIBRE 30X1/2"
- JERINGA EASY TOUCH 0.5 ML CALIBRE 30X5/16
- JERINGA EASY TOUCH 1 ML CALIBRE 29X1/2"

- JERINGA EASY TOUCH 1 ML CALIBRE 30X1/2"
- ALMOHADILLAS CON ALCOHOL AL 70% EASY TOUCH ESTERILIZADAS POR RAYOS GAMMA
- EASY TOUCH AUTO 0.5 ML CALIBRE 30 6MM
- EASY TOUCH AUTO 0.5 ML CALIBRE 30 8MM
- EASY TOUCH AUTORET 1 ML CALIBRE 30 6MM
- EASY TOUCH AUTORET 1 ML CALIBRE 30 8MM
- EASY TOUCH FLIPLOK 1 ML CALIBRE 27X0.5
- EASY TOUCH INS 0.3 ML CALIBRE 30 8MM
- EASY TOUCH INS 0.3 ML CALIBRE 31 8MM
- EASY TOUCH INS 0.5 ML CALIBRE 30 8MM
- EASY TOUCH INS 0.5 ML CALIBRE 31 6MM
- EASY TOUCH INS 0.5 ML CALIBRE 31 8MM
- EASY TOUCH INS 1 ML 27G 1/2"
- EASY TOUCH INS 1 ML 28G 12.7MM
- JERINGA PARA INSULINA EASY TOUCH 1 ML CALIBRE 30 8MM
- JERINGA PARA INSULINA EASY TOUCH 1 ML CALIBRE 31 6MM
- JERINGA PARA INSULINA EASY TOUCH 1 ML CALIBRE 31 8MM
- INSULINA EASY TOUCH 1 ML CALIBRE 29X1/2
- INSULINA EASY TOUCH 1 ML CALIBRE 30X1/2
- JERINGA PARA INSULINA EASY TOUCH 1 ML
- JERINGA PARA INSULINA EASY TOUCH 1 ML RETRÁCTIL
- INSULINA EASY TOUCH 1 ML CALIBRE 29 x 1/2"
- INSULINA EASY TOUCH 1 ML CALIBRE 30X1/2"
- INSULINA EASY TOUCH 1 ML CALIBRE 30X5/16
- INSULINA EASY TOUCH 1 ML CALIBRE 31X5/16
- INSULINA EASY TOUCH LUER LOK 1 ML
- AGUJA PARA PLUMA EASY TOUCH CALIBRE 29X1/2"
- AGUJA PARA PLUMA EASY TOUCH CALIBRE 30X5/16
- AGUJA PARA PLUMA EASY TOUCH CALIBRE 31X1/4"
- AGUJA PARA PLUMA EASY TOUCH CALIBRE 31X3/16
- AGUJA PARA PLUMA EASY TOUCH CALIBRE 31X5/16
- AGUJA PARA PLUMA EASY TOUCH CALIBRE 32X1/4"
- AGUJA PARA PLUMA EASY TOUCH CALIBRE 32X3/16
- AGUJA PARA PLUMA EASY TOUCH CALIBRE 32X5/32
- AGUJA PARA PLUMA EASY TOUCH SAF CALIBRE 29 5MM
- AGUJA PARA PLUMA EASY TOUCH SAF CALIBRE 29 8MM
- AGUJA PARA PLUMA EASY TOUCH SAF CALIBRE 30 5MM
- AGUJA PARA PLUMA EASY TOUCH SAF CALIBRE 30 8MM
- JERINGA EASY TOUCH 0.5 ML 28G 12.7MM
- JERINGA EASY TOUCH 0.5 ML CALIBRE 29 12.7MM
- JERINGA EASY TOUCH 1 ML 27G 16MM
- JERINGA EASY TOUCH UNI-SLIP 1 ML
- ALMOHADILLAS CON ALCOHOL AL 70% EASYLIFE
- AGUJA PARA PLUMA DE INSULINA EASYLIFE CALIBRE 29 12MM
- AGUJA PARA PLUMA DE INSULINA EASYLIFE CALIBRE 31 4MM
- AGUJA PARA PLUMA DE INSULINA EASYLIFE CALIBRE 31 5MM

- AGUJA PARA PLUMA DE INSULINA EASYLIFE CALIBRE 31 6MM
- AGUJA PARA PLUMA DE INSULINA EASYLIFE CALIBRE 31 8MM
- AGUJA PARA PLUMA DE INSULINA EASYLIFE CALIBRE 32 4MM
- AGUJA PARA PLUMA DE INSULINA EASYLIFE CALIBRE 32 5MM
- AGUJA PARA PLUMA DE INSULINA EASYLIFE CALIBRE 32 6MM
- AGUJA PARA PLUMA DE INSULINA EASYLIFE CALIBRE 32 8MM
- AGUJA PARA PLUMA DE INSULINA EASYLIFE CALIBRE 33 4MM
- AGUJA PARA PLUMA DE INSULINA EASYLIFE CALIBRE 33 5MM
- AGUJA PARA PLUMA DE INSULINA EASYLIFE CALIBRE 33 6MM
- AGUJA PARA PLUMA DE INSULINA EASYLIFE CALIBRE 33 8MM
- JERINGA PARA INSULINA EASYLIFE 0.5 ML CALIBRE 30 8MM
- JERINGA PARA INSULINA EASYLIFE 1 ML CALIBRE 30 8MM
- JERINGA PARA INSULINA EASYLIFE 1 ML CALIBRE 31 8MM
- AGUJA PARA PLUMA EASYLIFE SAFTY CALIBRE 31 4MM
- AGUJA PARA PLUMA EASYLIFE SAFTY CALIBRE 31 5MM
- JERINGA EASYLIFE 1 ML CALIBRE 30 12.7MM
- AGUJA PARA PLUMA EASYTOUCH SAF CALIBRE 30 6MM
- AGUJA PARA PLUMA EMBRACE CALIBRE 29 12MM
- AGUJA PARA PLUMA EMBRACE CALIBRE 30 5MM
- AGUJA PARA PLUMA EMBRACE CALIBRE 30 8MM
- AGUJA PARA PLUMA EMBRACE CALIBRE 31 5MM
- AGUJA PARA PLUMA EMBRACE CALIBRE 31 6MM
- AGUJA PARA PLUMA EMBRACE CALIBRE 31 8MM
- AGUJA PARA PLUMA EMBRACE CALIBRE 32 4MM
- EXEL U100 0.3 ML CALIBRE 29X1/2"
- EXEL U100 0.3 ML CALIBRE 30X5/16"
- ALMOHADILLAS ESTÉRILES 2" X 2"
- VENDA TÓPICA DE GASA 2 X 2"
- HISOPOS DE ALCOHOL ESTÉRILES GNP, DOS CAPAS
- AGUJA PARA PLUMA GNP CALIBRE 31 5MM
- AGUJA PARA PLUMA GNP CALIBRE 32 6MM
- AGUJA PARA PLUMA GNP SIMPLI CALIBRE 32 4MM
- GNP ULT C 0.3 ML CALIBRE 29X1/2" (1/2) 1/2 UNIDAD
- GNP ULT CMFRT 0.5 ML CALIBRE 29X1/2"
- GNP ULTR CMFRT 0.5 ML CALIBRE 30X5/16
- JERINGA GNP ULTRA COMFORT 1 ML
- JERINGA GNP ULTRA COMFORT 3/10 ML
- AGUJA PARA PLUMA GS CALIBRE 31 X 8MM
- HEALTHWISE INS 0.3 ML CALIBRE 30X5/16"
- HEALTHWISE INS 0.3 ML CALIBRE 31X5/16"
- HEALTHWISE INS 0.5 ML CALIBRE 30X5/16"
- HEALTHWISE INS 0.5 ML CALIBRE 31X5/16"
- HEALTHWISE INS 1 ML CALIBRE 30X5/16"
- HEALTHWISE INS 1 ML CALIBRE 31X5/16"
- AGUJA PARA PLUMA HEALTHWISE CALIBRE 31 5MM
- AGUJA PARA PLUMA HEALTHWISE CALIBRE 31 8MM
- AGUJA PARA PLUMA HEALTHWISE CALIBRE 32 4MM
- HEALTHY ACCENTS PENTIP 5MM CALIBRE 31

- HEALTHY ACCENTS PENTIP 6MM CALIBRE 31
- HEALTHY ACCENTS PENTIP 8MM CALIBRE 31
- HEALTHY ACCENTS PENTP 12MM CALIBRE 29
- ALMOHADILLAS CON ALCOHOL AL 70% HEB INCONTROL
- AGUJA PARA PLUMA INCONTROL 12MM CALIBRE 29
- AGUJA PARA PLUMA INCONTROL 4MM CALIBRE 32
- AGUJA PARA PLUMA INCONTROL 5MM CALIBRE 31
- AGUJA PARA PLUMA INCONTROL 6MM CALIBRE 31
- AGUJA PARA PLUMA INCONTROL 8MM CALIBRE 31
- JERINGA PARA INSULINA 1 ML
- JERINGA PARA INSULINA 1/2 ML
- JERINGA PARA INSULINA 3/10 ML
- JERINGA PARA INSULINA 0.3 ML CALIBRE 31X1/4 (1/2)
- JERINGA PARA INSULINA 0.5 ML CALIBRE 28X1/2" (VENTA LIBRE)
- JERINGA PARA INSULINA 0.5 ML CALIBRE 29 x 1/2" (VENTA LIBRE)
- JERINGA PARA INSULINA 0.5 ML CALIBRE 30X1/2" (CON RECETA)
- JERINGA PARA INSULINA 0.5 ML CALIBRE 30 x 5/16" AGUJA CORTA (VENTA LIBRE)
- JERINGA PARA INSULINA 0.5 ML 27G 1/2" INTERIOR
- JERINGA PARA INSULINA 0.3 ML
- JERINGA PARA INSULINA 0.3 ML CALIBRE 31X1/4
- JERINGA PARA INSULINA 0.5 ML
- JERINGA PARA INSULINA 0.5 ML CALIBRE 31X1/4
- JERINGA PARA INSULINA 1 ML
- JERINGA PARA INSULINA 1 ML 27G 1/2" INTERIOR
- JERINGA PARA INSULINA 1 ML 28G x 1/2" (VENTA LIBRE)
- JERINGA PARA INSULINA 1 ML CALIBRE 30 X 1/2" AGUJA CORTA (VENTA LIBRE)
- JERINGA PARA INSULINA 1 ML CALIBRE 30X5/16" AGUJA CORTA (VENTA LIBRE)
- JERINGA PARA INSULINA 1 ML CALIBRE 31X1/4"
- JERINGA PARA INSULINA 1 ML CALIBRE 31X5/16" AGUJA CORTA, FINA II (VENTA LIBRE)
- JERINGA PARA INSULINA CON AGUJA U-100, JERINGA 0.3 ML CALIBRE 29, 1 ML CALIBRE 29 X 1/2", 1/2 ML CALIBRE 28
- JERINGA PARA INSULINA CON AGUJA U-500
- AGUJA PARA PLUMA INSUPEN CALIBRE 29X1/2"
- AGUJA PARA PLUMA INSUPEN CALIBRE 31 8MM
- AGUJA PARA PLUMA INSUPEN CALIBRE 31X3/16"
- AGUJA PARA PLUMA INSUPEN CALIBRE 32 4MM
- AGUJA PARA PLUMA INSUPEN CALIBRE 32 6MM (CON RECETA)
- TOALLITAS ANTISÉPTICAS PARA VÍA INTRAVENOSA
- ALMOHADILLA CON ALCOHOL AL 70% KENDALL
- ESPONJAS LISCO 100/BOLSA
- AGUJA PARA PLUMA LITE TOUCH CALIBRE 31 x 1/4"
- JERINGA PARA INSULINA LITE TOUCH 0.5 ML
- JERINGA PARA INSULINA LITE TOUCH 1 ML
- JERINGA PARA INSULINA LITE TOUCH 1 ML
- AGUJA PARA PLUMA LITE TOUCH CALIBRE 29
- AGUJA PARA PLUMA LITE TOUCH CALIBRE 31
- LITETOUCH INS 0.3 ML CALIBRE 29X1/2"

- LITETOUCH INS 0.3 ML CALIBRE 30X5/16"
- LITETOUCH INS 0.3 ML CALIBRE 31X5/16"
- LITETOUCH INS 0.5 ML CALIBRE 31X5/16"
- JERINGA LITETOUCH 0.5 ML CALIBRE 28X1/2"
- JERINGA LITETOUCH 0.5 ML CALIBRE 29X1/2"
- JERINGA LITETOUCH 0.5 ML CALIBRE 30X5/16"
- JERINGA LITETOUCH 1 ML CALIBRE 28X1/2"
- JERINGA LITETOUCH 1 ML CALIBRE 29X1/2"
- JERINGA LITETOUCH 1 ML CALIBRE 30X5/16"
- JERINGA PARA INSULINA MAGELLAN 0.3 ML
- JERINGA PARA INSULINA MAGELLAN 0.5 ML
- JERINGA PARA INSULINA MAGELLAN 0.3 ML
- JERINGA PARA INSULINA MAGELLAN 0.5 ML
- JERINGA PARA INSULINA MAGELLAN 1 ML
- MAXI-COMFORT INS 0.5 ML 28G
- MAXI-COMFORT INS 1 ML CALIBRE 28X1/2"
- AGUJA PARA PLUMA MAXICOMFORT II CALIBRE 31X6MM
- MAXICOMFORT INS 0.5 ML CALIBRE 27X1/2"
- MAXICOMFORT INS 1 ML CALIBRE 27X1/2"
- AGUJA PARA PLUMA MAXICOMFORT CALIBRE 29 X 5MM
- AGUJA PARA PLUMA MAXICOMFORT CALIBRE 29 X 8MM
- AGUJA PARA PLUMA MICRODOT CALIBRE 31X6MM
- AGUJA PARA PLUMA MICRODOT CALIBRE 32X4MM
- AGUJA PARA PLUMA MICRODOT CALIBRE 33X4MM
- AGUJA MICRODOT READYGARD CALIBRE 31 5MM EXTERIOR
- AGUJA PARA PLUMA MINI CALIBRE 32 5MM
- AGUJA PARA PLUMA MINI CALIBRE 32 8MM
- AGUJA PARA PLUMA MINI CALIBRE 33 5MM
- AGUJA PARA PLUMA MINI CALIBRE 33 6MM
- AGUJA PARA PLUMA MINI ULTRA FINA II CALIBRE 31 ESTÉRIL
- JERINGA MONOJECT 0.5 ML CALIBRE 28X1/2"
- JERINGA MONOJECT 1 ML 27X1/2"
- JERINGA MONOJECT 1 ML CALIBRE 28X1/2" (VENTA LIBRE)
- JERINGA PARA INSULINA MONOJECT U100 (VENTA LIBRE)
- JERINGA PARA INSULINA MONOJECT U100 0.5ML, CALIBRE 29X1/2" (VENTA LIBRE)
- JERINGA PARA INSULINA MONOJECT U100 0.5 ML EQUIVALENTE A CALIBRE 29 (VENTA LIBRE)
- JERINGA PARA INSULINA MONOJECT U100 1 ML
- JERINGA PARA INSULINA MONOJECT U100 1 ML 3'S, CALIBRE 29X1/2" (VENTA LIBRE)
- JERINGA PARA INSULINA MONOJECT U100 1 ML SIN AGUJA (VENTA LIBRE)
- JERINGA PARA INSULINA MONOJECT 0.3 ML
- JERINGA PARA INSULINA MONOJECT 0.3 ML (VENTA LIBRE)
- JERINGA PARA INSULINA MONOJECT 0.5 ML
- JERINGA PARA INSULINA MONOJECT 0.5 ML (VENTA LIBRE)
- JERINGA PARA INSULINA MONOJECT 1 ML 3'S (VENTA LIBRE)

- JERINGA PARA INSULINA MONOJECT U-100
- JERINGA MONOJECT 0.3 ML
- JERINGA MONOJECT 0.5 ML
- JERINGA MONOJECT 1 ML
- AGUJA PARA PLUMA NANO DE SEGUNDA GENERACIÓN CALIBRE 32 4MM
- AGUJA PARA PLUMA NANO CALIBRE 32 4MM
- AGUJAS NOVOFINE CALIBRE 32
- AGUJA NOVOFINE AUTOCOVER CALIBRE 30
- AGUJA PARA PLUMA NOVOFINE PLUS CALIBRE 32X1/6"
- AGUJA PARA PLUMA CALIBRE 30 5MM EXTERIOR
- AGUJA PARA PLUMA CALIBRE 30 8MM INTERIOR
- AGUJA PARA PLUMA CALIBRE 30 X 5/16"
- AGUJA PARA PLUMA CALIBRE 31 x 1/4" HRI
- AGUJA PARA PLUMA CALIBRE 33 4MM
- AGUJA PARA PLUMA, AGUJA PARA DIABETES, CALIBRE 29 X 1/2"
- AGUJAS PARA PLUMA 12MM CALIBRE 29 X 12 MM, ESTÉRILES
- AGUJAS PARA PLUMA 4MM CALIBRE 32
- AGUJAS PARA PLUMA 5MM CALIBRE 31 CALIBRE 31X5MM, ESTÉRILES, MINI (VENTA LIBRE)
- AGUJAS PARA PLUMA 8MM CALIBRE 31 CALIBRE 31X8MM, ESTÉRIL, CORTAS (VENTA LIBRE)
- AGUJA PARA PLUMA PENTIPS CALIBRE 29 1/2"
- AGUJA PARA PLUMA PENTIPS CALIBRE 31 1/4"
- AGUJA PARA PLUMA PENTIPS CALIBRE 31X3/16" MINI, 5MM
- AGUJA PARA PLUMA PENTIPS CALIBRE 31X5/16" CORTA, 8MM
- AGUJA PARA PLUMA PENTIPS CALIBRE 32 1/4"
- AGUJA PARA PLUMA PENTIPS CALIBRE 32X5/32"
- AGUJA PARA PLUMA PIP CALIBRE 31 X 5MM
- AGUJA PARA PLUMA PIP CALIBRE 32 X 4MM
- AGUJA PARA PLUMA PREVENT CALIBRE 31X1/4"
- AGUJA PARA PLUMA PREVENT CALIBRE 31X5/16"
- PRO COMFORT 0.5 ML CALIBRE 30X1/2"
- PRO COMFORT 0.5 ML CALIBRE 30X5/16"
- PRO COMFORT 0.5 ML CALIBRE 31X5/16"
- PRO COMFORT 1 ML CALIBRE 30X1/2"
- PRO COMFORT 1 ML CALIBRE 30X5/16"
- PRO COMFORT 1 ML CALIBRE 31X5/16"
- ALMOHADILLAS CON ALCOHOL AL 70% PRO COMFORT
- AGUJA PARA PLUMA PRO COMFORT CALIBRE 32 8MM
- AGUJA PARA PLUMA PRO COMFORT CALIBRE 32 X 1/4"
- AGUJA PARA PLUMA PRO COMFORT 4MM CALIBRE 32
- AGUJA PARA PLUMA PRO COMFORT 5MM CALIBRE 32
- ALMOHADILLAS CON ALCOHOL AL 70% PRO-COMFORT
- JERINGA PARA INSULINA PRODIGY 1 ML CALIBRE 28X1/2"
- JERINGA PRODIGY 0.5 ML CALIBRE 31X5/16"
- JERINGA PRODIGY 0.3 ML CALIBRE 31X5/16"
- AGUJA PARA PLUMA PURE CMFT SFTY CALIBRE 31 5MM
- AGUJA PARA PLUMA PURE CMFT SFTY, CALIBRE 31, 6MM

- AGUJA PARA PLUMA PURE CMFT SFTY CALIBRE 32 4MM
- ALMOHADILLAS CON ALCOHOL AL 70% PURE COMFORT
- AGUJA PARA PLUMA PURE COMFORT CALIBRE 32 4MM
- AGUJA PARA PLUMA PURE COMFORT CALIBRE 32 5MM
- AGUJA PARA PLUMA PURE COMFORT CALIBRE 32 6MM
- AGUJA PARA PLUMA PURE COMFORT CALIBRE 32 8MM
- TOALLITAS DE ALCOHOL ISOPROPÍLICO AL 70% RA
- ALMOHADILLAS ESTÉRILES RA 2"X 2"
- AGUJA PARA PLUMA RAYA SURE CALIBRE 29 12MM
- AGUJA PARA PLUMA RAYA SURE CALIBRE 31 4MM
- AGUJA PARA PLUMA RAYA SURE CALIBRE 31 5MM
- AGUJA PARA PLUMA RAYA SURE CALIBRE 31 6MM
- JERINGA PARA INSULINA RELION 0.3 ML CALIBRE 31X6MM
- JERINGA PARA INSULINA RELION 0.5 ML CALIBRE 31X6MM
- JERINGA PARA INSULINA RELION 1 ML CALIBRE 31X15/64"
- AGUJA PARA PLUMA RELION CALIBRE 32x5/32"
- JERINGA RELION 0.3 ML CALIBRE 31X5/16" INTERIOR
- JERINGA RELION 0.5 ML CALIBRE 31X5/16" INTERIOR (VENTA LIBRE)
- JERINGA PARA INSULINA SAFESNAP 100 UNIDADES 0.3 ML CALIBRE 30X5/16", 10X10
- JERINGA PARA INSULINA SAFESNAP 100 UNIDADES 0.5 ML CALIBRE 29X1/2", 10X10
- JERINGA PARA INSULINA SAFESNAP 100 UNIDADES 0.5 ML CALIBRE 30X5/16", 10X10
- JERINGA PARA INSULINA SAFESNAP 100 UNIDADES 1 ML CALIBRE 28X1/2",10X10
- JERINGA PARA INSULINA SAFESNAP 100 UNIDADES 1 ML CALIBRE 29X1/2", 10X10
- AGUJA PARA PLUMA DE SEGURIDAD CALIBRE 31 4MM
- AGUJA PARA PLUMA DE SEGURIDAD 5MM X CALIBRE 31
- JERINGA DE SEGURIDAD 0.5 ML CALIBRE 30 1/2"
- AGUJA PARA PLUMA SECURESAFE CALIBRE 30X5/16" EXTERIOR
- AGUJA PARA PLUMA SECURESAFE CALIBRE 31 5MM EXTERIOR
- JERINGA SECURESAFE 0.5 ML CALIBRE 29 1/2" EXTERIOR
- JERINGA SECURESAFE 1 ML CALIBRE 29 1/2" EXTERIOR
- AGUJA PARA PLUMA DE SEGURIDAD SKY CALIBRE 30 5MM
- AGUJA PARA PLUMA DE SEGURIDAD SKY CALIBRE 30 8MM
- AGUJA PARA PLUMA SURE CMFT SFTY, CALIBRE 31, 6MM
- AGUJA PARA PLUMA SURE CMFT SFTY CALIBRE 32 4MM
- JERINGA SURE COMFORT 0.5 ML
- JERINGA SURE COMFORT 1 ML
- JERINGA SURE COMFORT 3/10 ML
- JERINGA PARA INSULINA SURE COMFORT 3/10 ML
- AGUJA PARA PLUMA SURE COMFORT CALIBRE 30
- ALMOHADILLAS DE ALCOHOL SURE COMFORT
- SURE COMFORT INS 0.3 ML CALIBRE 31X1/4
- SURE COMFORT INS 0.5 ML CALIBRE 31X1/4
- SURE COMFORT INS 1 ML CALIBRE 31X1/4"
- AGUJA PARA PLUMA SURE COMFORT CALIBRE 29 x 1/2" 12.7MM

- AGUJA PARA PLUMA SURE COMFORT CALIBRE 31 5MM
- AGUJA PARA PLUMA SURE COMFORT CALIBRE 31 8MM
- AGUJA PARA PLUMA SURE COMFORT CALIBRE 32 4MM
- AGUJA PARA PLUMA SURE COMFORT CALIBRE 32 6MM
- AGUJAS PARA PLUMA SURE-FINE 12.7MM
- AGUJAS PARA PLUMA SURE-FINE 5MM
- AGUJAS PARA PLUMA SURE-FINE 8MM
- JERINGA PARA INSULINA SURE-JECT U100 0.3 ML
- JERINGA PARA INSULINA SURE-JECT U100 0.5 ML
- JERINGA PARA INSULINA SURE-JECT U100 1 ML
- JERINGA PARA INSULINA SURE-JECT U100 1 ML
- JERINGA PARA INSULINA SURE-JECT 1 ML
- ALMOHADILLAS DE ALCOHOL SURE-PREP
- TECHLITE 0.3 ML CALIBRE 29X12MM (1/2)
- TECHLITE 0.3 ML CALIBRE 30X8MM (1/2)
- TECHLITE 0.3 ML CALIBRE 31X6MM (1/2)
- TECHLITE 0.3 ML CALIBRE 31X8MM (1/2)
- TECHLITE 0.5 ML CALIBRE 30X12MM (1/2)
- TECHLITE 0.5 ML CALIBRE 30X8MM (1/2)
- TECHLITE 0.5 ML CALIBRE 31X6MM (1/2)
- TECHLITE 0.5 ML CALIBRE 31X8MM (1/2)
- JERINGA PARA INSULINA TECHLITE 1 ML CALIBRE 29X12MM
- JERINGA PARA INSULINA TECHLITE 1 ML CALIBRE 30X12MM
- JERINGA PARA INSULINA TECHLITE 1 ML CALIBRE 31X6MM
- JERINGA PARA INSULINA TECHLITE 1 ML CALIBRE 31X8MM
- AGUJA PARA PLUMA TECHLITE CALIBRE 29X1/2"
- AGUJA PARA PLUMA TECHLITE CALIBRE 29X3/8"
- AGUJA PARA PLUMA TECHLITE CALIBRE 31X1/4"
- AGUJA PARA PLUMA TECHLITE CALIBRE 31X3/16"
- AGUJA PARA PLUMA TECHLITE CALIBRE 31X5/16"
- AGUJA PARA PLUMA TECHLITE CALIBRE 32X1/4"
- AGUJA PARA PLUMA TECHLITE CALIBRE 32X5/16"
- AGUJA PARA PLUMA TECHLITE CALIBRE 32X5/32"
- AGUJA PARA PLUMA TECHLITE PLUS CALIBRE 32 4MM
- JERINGA PARA INSULINA TERUMO U100-1 ML
- JERINGA PARA INSULINA TERUMO U100-1/2 ML
- JERINGA PARA INSULINA TERUMO U100-1/3 ML
- JERINGA PARA INSULINA TERUMO U100-1/2 ML
- JERINGA PARA INSULINA THINPRO U100-0.3 ML
- JERINGA PARA INSULINA THINPRO U100-0.5 ML
- JERINGA PARA INSULINA THINPRO U100-1 ML
- AGUJA PARA PLUMA DE INSULINA TOPFINE CALIBRE 32 4MM
- TRUE CMFRT PRO 0.5 ML CALIBRE 30 5/16"
- TRUE CMFRT PRO 0.5 ML CALIBRE 31 5/16"
- TRUE CMFRT PRO 0.5 ML CALIBRE 32 5/16"
- AGUJA PARA PLUMA TRUE CMFT SFTY CALIBRE 31 5MM

- AGUJA PARA PLUMA TRUE CMFT SFTY, CALIBRE 31, 6MM
- AGUJA PARA PLUMA TRUE CMFT SFTY CALIBRE 32 4MM
- TRUE COMFORT 0.5 ML CALIBRE 30 1/2"
- TRUE COMFORT 0.5 ML CALIBRE 30 5/16"
- TRUE COMFORT 0.5 ML CALIBRE 31 5/16"
- TRUE COMFORT 0.5 ML CALIBRE 31X5/16"
- TRUE COMFORT 1 ML CALIBRE 31X5/16"
- ALMOHADILLAS CON ALCOHOL AL 70% TRUE COMFORT
- AGUJA PARA PLUMA TRUE COMFORT CALIBRE 31 8MM
- AGUJA PARA PLUMA TRUE COMFORT CALIBRE 31X5MM
- AGUJA PARA PLUMA TRUE COMFORT CALIBRE 31X6MM
- AGUJA PARA PLUMA TRUE COMFORT CALIBRE 32 5MM
- AGUJA PARA PLUMA TRUE COMFORT CALIBRE 32 6MM
- AGUJA PARA PLUMA TRUE COMFORT CALIBRE 32X4MM
- AGUJA PARA PLUMA TRUE COMFORT CALIBRE 33 4MM
- AGUJA PARA PLUMA TRUE COMFORT CALIBRE 33 5MM
- AGUJA PARA PLUMA TRUE COMFORT CALIBRE 33 6MM
- TRUE COMFORT PRO 1 ML CALIBRE 30 1/2"
- TRUE COMFORT PRO 1 ML CALIBRE 30 5/16"
- TRUE COMFORT PRO 1 ML CALIBRE 31 5/16"
- TRUE COMFORT PRO 1 ML CALIBRE 32 5/16"
- ALMOHADILLAS DE ALCOHOL TRUE COMFORT PRO
- TRUE COMFORT SFTY 1 ML CALIBRE 30 1/2"
- TRUE COMFRT PRO 0.5 ML CALIBRE 30 1/2"
- TRUE COMFRT SFTY 1 ML CALIBRE 30 5/16"
- TRUE COMFRT SFTY 1 ML CALIBRE 31 5/16"
- TRUE COMFRT SFTY 1 ML CALIBRE 32 5/16"
- AGUJA PARA PLUMA TRUE-CMFRT PRO CALIBRE 31 5MM
- AGUJA PARA PLUMA TRUE-CMFRT PRO CALIBRE 31 6MM
- AGUJA PARA PLUMA TRUE-CMFRT PRO CALIBRE 31 8MM
- AGUJA PARA PLUMA TRUE-CMFRT PRO CALIBRE 32 4MM
- AGUJA PARA PLUMA TRUEPLUS CALIBRE 29X1/2"
- AGUJA PARA PLUMA TRUEPLUS CALIBRE 31 X 1/4"
- AGUJA PARA PLUMA TRUEPLUS CALIBRE 31 X 3/16"
- AGUJA PARA PLUMA TRUEPLUS CALIBRE 31X5/16"
- AGUJA PARA PLUMA TRUEPLUS CALIBRE 32X5/32"
- JERINGA TRUEPLUS 0.3 ML CALIBRE 29X1/2"
- JERINGA TRUEPLUS 0.3 ML CALIBRE 30X5/16"
- JERINGA TRUEPLUS 0.3 ML CALIBRE 31X5/16"
- JERINGA TRUEPLUS 0.5 ML CALIBRE 28X1/2"
- JERINGA TRUEPLUS 0.5 ML CALIBRE 29X1/2"
- JERINGA TRUEPLUS 0.5 ML CALIBRE 30X5/16"
- JERINGA TRUEPLUS 0.5 ML CALIBRE 31X5/16"
- JERINGA TRUEPLUS 1 ML CALIBRE 28X1/2"
- JERINGA TRUEPLUS 1 ML CALIBRE 29X1/2"
- JERINGA TRUEPLUS 1 ML CALIBRE 30X5/16"

Fecha de actualización: 10/23/2026

- JERINGA TRUEPLUS 1 ML CALIBRE 31X5/16"
- ULT CFT 0.3 ML CALIBRE 31X5/16" (1/2) 1/2 UNIDAD
- ULTICAR INS 0.3 ML CALIBRE 31X1/4 (1/2)
- ULTICARE INS 0.3 ML CALIBRE 31X1/4"
- ULTICARE INS 0.5 ML CALIBRE 31X1/4"
- ULTICAR INS 1 ML CALIBRE 31X1/4"
- JERINGA PARA INSULINA 1 ML CALIBRE 30X1/2"
- AGUJA PARA PLUMA ULTICARE CALIBRE 31X3/16"
- AGUJA PARA PLUMA ULTICARE 6MM CALIBRE 31
- AGUJA PARA PLUMA ULTICARE 8MM CALIBRE 31
- AGUJA PARA PLUMA ULTICARE 12MM CALIBRE 29
- AGUJA PARA PLUMA ULTICARE 4MM CALIBRE 32 MICRO, CALIBRE 32X4MM
- AGUJA PARA PLUMA ULTICARE 6MM CALIBRE 32
- AGUJA PARA PLUMA DE SEGURIDAD ULTICARE CALIBRE 30 8MM
- AGUJA PARA PLUMA DE SEGURIDAD ULTICARE 5MM CALIBRE 30
- JERINGA ULTICARE 0.3 ML CALIBRE 30X1/2"
- JERINGA ULTICARE 0.3 ML CALIBRE 31X5/16" AGUJA CORTA
- JERINGA ULTICARE 0.5 ML CALIBRE 30X1/2"
- JERINGA ULTICARE 0.5 ML CALIBRE 31X5/16" AGUJA CORTA
- JERINGA ULTICARE 1 ML CALIBRE 31X5/16"
- ULTIGUARD SAFE 1 ML CALIBRE 30 12.7MM
- ULTIGUARD SAFE 0.3 ML CALIBRE 30 12.7MM
- ULTIGUARD SAFE 0.5 ML CALIBRE 30 12.7MM
- ULTIGUARD SAFEPACK 1 ML CALIBRE 31 8MM
- ULTIGUARD SAFEPACK CALIBRE 29 12.7MM
- ULTIGUARD SAFEPACK CALIBRE 31 5MM
- ULTIGUARD SAFEPACK CALIBRE 31 6MM
- ULTIGUARD SAFEPACK CALIBRE 31 8MM
- ULTIGUARD SAFEPACK CALIBRE 32 4MM
- ULTIGUARD SAFEPACK CALIBRE 32 6MM
- ULTIGUARD SAFEPK 0.3 ML CALIBRE 31 8MM
- ULTIGUARD SAFEPK 0.5 ML CALIBRE 31 8MM
- HISOPOS CON ALCOHOL ESTÉRILES ULTILET
- JERINGA PARA INSULINA ULTILET 0.3 ML
- JERINGA PARA INSULINA ULTILET 0.5 ML
- JERINGA PARA INSULINA ULTILET 1 ML
- AGUJA PARA PLUMA ULTILET
- AGUJA PARA PLUMA ULTILET 4MM CALIBRE 32
- ULTRA COMFORT 0.3 ML CALIBRE 29X1/2"
- JERINGA ULTRA COMFORT 0.3 ML
- ULTRA COMFORT 0.5 MLl CALIBRE 28X1/2" SE CONVIERTE EN CALIBRE 29
- ULTRA COMFORT 0.5 ML CALIBRE 29X1/2"
- ULTRA COMFORT 0.5 ML CALIBRE 31X5/16"
- JERINGA ULTRA COMFORT 0.5 ML
- ULTRA COMFORT 1 ML CALIBRE 29X1/2"
- ULTRA COMFORT 1 ML CALIBRE 30X5/16"

- ULTRA COMFORT 1 ML CALIBRE 31X5/16"
- JERINGA ULTRA COMFORT 1 ML
- ULTRA FLO 0.3 ML CALIBRE 30 1/2" (1/2)
- ULTRA FLO 0.3 ML CALIBRE 30 5/16" (1/2)
- ULTRA FLO 0.3 ML CALIBRE 31 5/16" (1/2)
- AGUJA PARA PLUMA ULTRA FLO CALIBRE 31 5MM
- AGUJA PARA PLUMA ULTRA FLO CALIBRE 31 8MM
- AGUJA PARA PLUMA ULTRA FLO CALIBRE 32 4MM
- AGUJA PARA PLUMA ULTRA FLO CALIBRE 33 4MM
- AGUJAS PARA PLUMA ULTRA FLO 12MM CALIBRE 29
- JERINGA ULTRA FLO 0.3 ml CALIBRE 29 x 1/2"
- JERINGA ULTRA FLO 0.3 ML CALIBRE 30 5/16"
- JERINGA ULTRA FLO 0.3 ML CALIBRE 31 5/16"
- JERINGA ULTRA FLO 0.5 ML CALIBRE 29 1/2"
- AGUJA ULTRAFINA PARA PLUMA CALIBRE 32 X 4MM
- ULTRA-FINE 0.3 ML CALIBRE 30 12.7MM
- ULTRA-FINE 0.3 ML CALIBRE 31 6 MM (1/2)
- ULTRA-FINE 0.3 ML CALIBRE 31 8 MM (1/2)
- ULTRA-FINE 0.5 ML CALIBRE 30 12.7MM
- ULTRA-FINE INS 0.5 ML CALIBRE 31 6MM
- JERINGA PARA INSULINA ULTRA-FINE 1 ML CALIBRE 31 6MM
- JERINGA PARA INSULINA ULTRA-FINE 1 ML CALIBRE 31 8MM
- AGUJA PARA PLUMA ULTRA-FINE CALIBRE 29 12.7MM
- AGUJA PARA PLUMA ULTRA-FINE CALIBRE 31 5MM
- AGUJA PARA PLUMA ULTRA-FINE CALIBRE 31 8MM
- AGUJA PARA PLUMA ULTRA-FINE CALIBRE 32 6MM
- JERINGA ULTRA-FINE 0.3 ML CALIBRE 31 6MM
- JERINGA ULTRA-FINE 0.3 ML CALIBRE 31 8MM
- JERINGA ULTRA-FINE 0.5 ML CALIBRE 31 6MM
- JERINGA ULTRA-FINE 0.5 ML CALIBRE 31 8MM
- JERINGA ULTRA-FINE 1 ML CALIBRE 30 12.7MM
- ULTRA-THIN II 1 ML CALIBRE 31X5/16"
- ULTRA-THIN II INS 0.3 ML CALIBRE 30
- ULTRA-THIN II INS 0.3 ML CALIBRE 31
- ULTRA-THIN II INS 0.5 ML CALIBRE 29
- ULTRA-THIN II INS 0.5 ML CALIBRE 30
- ULTRA-THIN II INS 0.5 ML CALIBRE 31
- JERINGA PARA INSULINA ULTRA-THIN II 1 ML CALIBRE 29
- JERINGA PARA INSULINA ULTRA-THIN II 1 ML CALIBRE 30
- AGUJA PARA PLUMA ULTRA-THIN II CALIBRE 29X1/2"
- AGUJA PARA PLUMA ULTRA-THIN II CALIBRE 31X5/16
- ULTRACARE INS 0.3 ML CALIBRE 30X5/16"
- ULTRACARE INS 0.3 ML CALIBRE 31X5/16"
- ULTRACARE INS 0.5 ML CALIBRE 30X1/2"
- ULTRACARE INS 0.5 ML CALIBRE 30X5/16"
- ULTRACARE INS 0.5 ML CALIBRE 31X5/16"

- ULTRACARE INS 1 ML CALIBRE 30 X 5/16"
- ULTRACARE INS 1 ML CALIBRE 30X1/2"
- ULTRACARE INS 1 ML CALIBRE 31 X 5/16"
- AGUJA PARA PLUMA ULTRACARE CALIBRE 31X1/4"
- AGUJA PARA PLUMA ULTRACARE CALIBRE 31X3/16"
- AGUJA PARA PLUMA ULTRACARE CALIBRE 31X5/16"
- AGUJA PARA PLUMA ULTRACARE CALIBRE 32X1/4"
- AGUJA PARA PLUMA ULTRACARE CALIBRE 32X3/16"
- AGUJA PARA PLUMA ULTRACARE CALIBRE 32X5/32"
- AGUJA PARA PLUMA ULTRACARE CALIBRE 33X5/32"
- ULTRAFINE INS 0.5 ML CALIBRE 29 12.7MM
- AGUJA PARA PLUMA UNIFINE OTC CALIBRE 31 5MM
- AGUJA PARA PLUMA UNIFINE OTC CALIBRE 32 4MM
- UNIFINE PENTIPS 12MM CALIBRE 29 CALIBRE 29X12MM, ESTÉRIL
- UNIFINE PENTIPS CALIBRE 31X3/16" CALIBRE 31X5MM, ESTÉRIL, MINI
- UNIFINE PENTIPS CALIBRE 32 4MM
- UNIFINE PENTIPS CALIBRE 32X1/4"
- UNIFINE PENTIPS CALIBRE 33X5/32"
- UNIFINE PENTIPS 6MM CALIBRE 31
- UNIFINE PENTIPS 8MM CALIBRE 31 CALIBRE 31X8MM, CORTO, ESTÉRIL
- UNIFINE PENTIPS MAX CALIBRE 30X3/16"
- UNIFINE PENTIPS PLUS CALIBRE 29X1/2" 12MM
- UNIFINE PENTIPS PLUS CALIBRE 30X3/16"
- UNIFINE PENTIPS PLUS CALIBRE 31 5MM
- UNIFINE PENTIPS PLUS CALIBRE 31X1/4" ULTRA CORTO, 6MM
- UNIFINE PENTIPS PLUS CALIBRE 32X5/32"
- UNIFINE PENTIPS PLUS CALIBRE 33X5/32"
- UNIFINE PROTECT CALIBRE 30 5MM
- UNIFINE PROTECT CALIBRE 30 8MM
- UNIFINE PROTECT CALIBRE 32 4MM
- UNIFINE SAFECONTROL CALIBRE 30 5MM
- UNIFINE SAFECONTROL CALIBRE 30 8MM
- UNIFINE SAFECONTROL CALIBRE 31 5MM
- UNIFINE SAFECONTROL CALIBRE 31 6MM
- UNIFINE SAFECONTROL CALIBRE 31 8MM
- UNIFINE SAFECONTROL CALIBRE 32 4MM
- AGUJA PARA PLUMA UNIFINE ULTR CALIBRE 34 3.5MM
- AGUJA PARA PLUMA UNIFINE ULTRA CALIBRE 29 12MM
- AGUJA PARA PLUMA UNIFINE ULTRA CALIBRE 31 5MM
- AGUJA PARA PLUMA UNIFINE ULTRA CALIBRE 31 6MM
- AGUJA PARA PLUMA UNIFINE ULTRA CALIBRE 31 8MM
- AGUJA PARA PLUMA UNIFINE ULTRA CALIBRE 32 4MM
- AGUJA PARA PLUMA UNIFINE ULTRA CALIBRE 32 6MM
- JERINGA VANISHPOINT 0.5 ML CALIBRE 30X1/2" EXTERIOR
- VANISHPOINT INS 0.5 ML CALIBRE 30 8MM EXTERIOR
- VANISHPOINT INS 1 ML CALIBRE 30X3/16"
- JERINGA VANISHPOINT U-100 29X1/2
- JERINGA PARA INSULINA VERIFINE 1 ML CALIBRE 29 1/2"
- AGUJA PARA PLUMA VERIFINE CALIBRE 29 12MM
- AGUJA PARA PLUMA VERIFINE CALIBRE 31 5MM

- AGUJA PARA PLUMA VERIFINE CALIBRE 31 X 6MM
- AGUJA PARA PLUMA VERIFINE CALIBRE 31 X 8MM
- AGUJA PARA PLUMA VERIFINE CALIBRE 32 6MM
- AGUJA PARA PLUMA VERIFINE CALIBRE 32 X 4MM
- AGUJA PARA PLUMA VERIFINE CALIBRE 32 X 5MM
- AGUJA PARA PLUMA VERIFINE PLUS CALIBRE 31 5MM
- AGUJA PARA PLUMA VERIFINE PLUS CALIBRE 31 8MM
- AGUJA PARA PLUMA VERIFINE PLUS CALIBRE 32 4MM
- AGUJA PARA PLUMA VERIFINE PLUS CALIBRE 32 4MM-CONTENEDOR CORTOPUNZANTE
- JERINGA VERIFINE 0.5 ML CALIBRE 29 1/2"
- JERINGA VERIFINE 1 ML CALIBRE 31 5/16"
- JERINGA VERIFINE 0.3 ML CALIBRE 31 5/16"
- JERINGA VERIFINE 0.5 ML CALIBRE 31 5/16"
- ESPONJA DE USO VERSALON 25'S,N-ESTÉRIL, 3PLY
- TOALLITAS DE ALCOHOL WEBCOL 20'S, GRANDES
- WM UNIFINE PENTIP PLUS 8MM CALIBRE 31 CON SAFETY CLICK

Criterios de autorización previa	**Detalles de los criterios**
Criterios de exclusión	SOLO ESTÁ CUBIERTO BAJO LA PARTE D CUANDO SE UTILIZA CONJUNTAMENTE CON INSULINA.
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	TODA LA VIDA
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No

Fecha de actualización: 10/23/2026

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Se requiere terapia previa	No

INTERFERÓN PARA EM-AVONEX

Productos afectados

- KIT DE PLUMA INYECTORA INTRAMUSCULAR AVONEX
- KIT DE JERINGA INTRAMUSCULAR AVONEX

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

INTERFERÓN PARA ESCLEROSIS MÚLTIPLE-BETASERON

Productos afectados

- KIT SUBCUTÁNEO BETASERON

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

INTERFERÓN PARA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE PLEGRIDY

Productos afectados

- PLEGRIDY INYECTOR DE PLUMA SUBCUTÁNEO 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 autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

INTERFERON GAMMA-1B

Productos afectados

- ACTIMMUNE

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	INICIAL: ENFERMEDAD GRANULOMATOSA CRÓNICA (CGD): PRESCRITO POR UN HEMATÓLOGO, ESPECIALISTA EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS O INMUNÓLOGO, O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO. OSTEOPETROSIS MALIGNA GRAVE (SMO): PRESCRITO POR UN ENDOCRINÓLOGO O HEMATÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros criterios	RENOVACIÓN: CGD, SMO: 1) HA DEMOSTRADO BENEFICIO CLÍNICO EN COMPARACIÓN CON EL VALOR INICIAL, Y 2) NO HA RECIBIDO TRASPLANTE DE CÉLULAS HEMATOPOYÉTICAS.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

IPILIMUMAB

Productos afectados

- YERVOY

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	INICIAL: NO RESECABLE/MET MEL: 4 MESES, RCC/CRC/HCC: 3 MESES, TODOS LOS DEMÁS: 12 MESES. INICIAL/RENOVACIÓN: CUTAN MEL: 6 MESES
Otros criterios	RENOVACIÓN: MELANOMA CUTÁNEO ADYUVANTE: NO HAY EVIDENCIA DE ENFERMEDAD RECURRENTE (QUE SE DEFINE COMO LA APARICIÓN DE UNA O MÁS NUEVAS LESIONES DE MELANOMA: METÁSTASIS LOCAL, REGIONAL O LEJANA).
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

ISAVUCONAZONIUM

Productos afectados

- CRESEMBA ORAL

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	ASPERGILOSIS INVASIVA, MUCORMICOSIS INVASIVA: PRESCRITO POR UN ESPECIALISTA EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	6 MESES
Otros criterios	ASPERGILOSIS INVASIVA: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE VORICONAZOL. LA CONTINUACIÓN DE LA TERAPIA TRAS EL ALTA HOSPITALARIA NO REQUIERE CRITERIOS ADICIONALES.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

ITRACONAZOL SOLUCIÓN

Productos afectados

- *Solución oral de itraconazol*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	6 MESES
Otros criterios	CANDIDIASIS ESOFÁGICA Y CANDIDIASIS OROFARÍNGEA: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE FLUCONAZOL.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

IVACAFTOR

Productos afectados

- KALYDECO

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	FIBROSIS QUÍSTICA (FQ): INICIAL: PRESCRITO POR UN NEUMÓLOGO O UN EXPERTO EN FIBROSIS QUÍSTICA, O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO
Duración de la cobertura	INICIAL: 12 MESES. RENOVACIÓN: TODA LA VIDA
Otros criterios	FQ: INICIAL: 1) NO HOMOCIGOTO PARA LA MUTACIÓN F508DEL EN EL GEN REGULADOR DE CONDUCTANCIA TRANSMEMBRANA (CFTR) DE FIBROSIS QUÍSTICA, Y 2) SIN USO CONCOMITANTE CON OTRO MODULADOR CFTR. RENOVACIÓN: 1) MEJORA DEL ESTADO CLÍNICO Y 2) SIN USO CONCOMITANTE CON OTRO MODULADOR CFTR.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

IVOSIDENIB

Productos afectados

- TIBSOVO

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

IXAZOMIB

Productos afectados

- NINLARO

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

LAMOTRIGINA

Productos afectados

- SUBVENITE SUSPENSIÓN ORAL

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	TODAS LAS INDICACIONES: CONTRAINDICACIÓN O INCAPAZ DE TRAGAR COMPRIMIDOS DE LAMOTRIGINA.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

LANADELUMAB-FLYO

Productos afectados

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

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	ANGIOEDEMA HEREDITARIO (HAE): INICIAL: 1) HAE TIPO III, O 2) HAE TIPO I O II CONFIRMADO POR UNA DE LAS SIGUIENTES PRUEBAS DE COMPLEMENTO: NIVELES DE PROTEÍNA DE C1-INH, NIVELES DE PROTEÍNA DE C4, NIVELES FUNCIONALES DE C1-INH, C1Q.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	HAE: INICIAL: PRESCRITO POR UN ALERGÓLOGO, INMUNÓLOGO, HEMATÓLOGO O NEUMÓLOGO, O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros criterios	HAE: INICIAL/RENOVACIÓN: SIN USO CONCOMITANTE CON UN AGENTE PROFILÁCTICO ALTERNATIVO PARA ATAQUES DE HE.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

LANREOTIDA

Productos afectados

- *Jeringa subcutánea lanreotida 120 mg/0.5 ml*
- JERINGA SUBCUTÁNEA SOMATULINE DEPOT 60 MG/0.2 ML, 90 MG/0.3 ML

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	ACROMEGALIA: INICIAL: LA TERAPIA ES PRESCRITA POR UN ENDOCRINO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	ACROMEGALIA: INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES. GEP-NETS, SÍNDROME CARCINOIDE: 12 MESES.
Otros criterios	ACROMEGALIA: RENOVACIÓN: 1) REDUCCIÓN, NORMALIZACIÓN O MANTENIMIENTO DE LOS NIVELES DE IGF-1 SEGÚN LA EDAD Y EL GÉNERO, Y 2) MEJORA O REMISIÓN SOSTENIDA DE LOS SÍNTOMAS CLÍNICOS.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

LAPATINIB

Productos afectados

- *Lapatinib*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

LAROTRECTINIB

Productos afectados

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

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	VITRAKVI SOLUCIÓN ORAL: 1) PRUEBA CON CÁPSULAS DE VITRAKVI O 2) INCAPACIDAD PARA TOMAR LA FORMULACIÓN EN CÁPSULAS.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

LAZERTINIB

Productos afectados

- LAZCLUZE COMPRIMIDO ORAL 240 MG, 80 MG

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

LEDIPASVIR-SOFOSBUVIR

Productos afectados

- PELLETS ORALES HARVONI EN SOBRE 33.75-150 MG, 45-200 MG
- HARVONI COMPRIMIDO ORAL

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	NIVEL DE ARN DEL VHC EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	SE APLICARÁN CRITERIOS DE ACUERDO CON LAS DIRECTRICES ACTUALES DE AASLD/IDSA.
Otros criterios	1) SE APLICARÁN CRITERIOS DE ACUERDO CON LAS DIRECTRICES ACTUALES DE AASLD/IDSA, Y 2) NO TOMAR SIMULTÁNEAMENTE NINGUNO DE LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS: CARBAMAZEPINA, FENITOÍNA, FENOBARBITAL, OXCARBAZEPINA, RIFAMPINA, RIFABUTINA, RIFAPENTINA, ROSUVASTATINA, TIPRANAVIR/RITONAVIR, SOFOSBUVIR (COMO AGENTE ÚNICO), EPCLUSA, ZEPATIER, MAVYRET O VOSEVI.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

LENALIDOMIDA

Productos afectados

- *Lenalidomida*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

LENVATINIB

Productos afectados

- LENVIMA

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

LETERMOVIR

Productos afectados

- PREVYMIS PELLETS ORALES EN SOBRE
- PREVYMIS COMPRIMIDO ORAL

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	TPH: SIN RIESGO DE CMV TARDÍO: 4 MESES, EN RIESGO DE CMV TARDÍO: 7 MESES. TRASPLANTE DE RIÑÓN: 7 MESES.
Otros criterios	TRASPLANTE DE CÉLULAS MADRE HEMATOPOYÉTICAS (TPH): 1) EL TRATAMIENTO SE INICIARÁ ENTRE EL DÍA 0 Y EL DÍA 28 TRAS EL TRASPLANTE Y 2) NO RECIBIRÁ EL MEDICAMENTO DESPUÉS DE LOS 100 DÍAS POSTERIORES AL TRASPLANTE SI NO HAY RIESGO DE INFECCIÓN POR CMV Y ENFERMEDAD TARDÍA, O DESPUÉS DE LOS 200 DÍAS POSTERIORES AL TRASPLANTE SI HAY RIESGO DE INFECCIÓN POR CMV Y ENFERMEDAD TARDÍA. TRASPLANTE DE RIÑÓN: 1) LA TERAPIA SE INICIARÁ ENTRE EL DÍA 0 Y EL DÍA 7 TRAS EL TRASPLANTE Y 2) NO RECIBIRÁ LA MEDICACIÓN DESPUÉS DE LOS 200 DÍAS POSTERIORES AL TRASPLANTE.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

LEUPROLIDA

Productos afectados

- *Kit subcutáneo de leuprolida*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	CÁNCER DE PRÓSTATA: 12 MESES.
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

LEUPROLIDA DEPOT

Productos afectados

- *Acetato de leuprolida (3 meses)*
- LUTRATE DEPOT (3 MESES)

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

MESILATO DE LEUPROLIDA

Productos afectados

- CAMCEVI (6 MESES)

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

LEUPROLIDA-ELIGARD

Productos afectados

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

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES.
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

LEUPROLIDA-LUPRON DEPOT

Productos afectados

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

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	INICIAL: ENDOMETRIOSIS: PRESCRITO POR UN OBSTETRA O GINECÓLOGO, O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	CA DE PRÓSTATA: 12 MESES. FIBROMAS UTERINOS: 3 MESES. ENDOMETRIOSIS: INICIAL/RENOVACIÓN: 6 MESES.
Otros criterios	INICIAL: ENDOMETRIOSIS: 1) SIN USO CONCOMITANTE CON OTRO AGENTE MODULADOR DE GNRH, 2) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE LA PREPARACIÓN QUE CONTIENE AINE Y PROGESTINA, Y 3) NO HA RECIBIDO UN TOTAL DE 12 MESES DE TRATAMIENTO A LO LARGO DE SU VIDA. RENOVACIÓN: ENDOMETRIOSIS: 1) MEJORA DEL DOLOR RELACIONADO CON LA ENDOMETRIOSIS DURANTE LA TERAPIA, 2) RECIBIR TERAPIA DE RESTITUCIÓN HORMONAL CONCOMITANTE (ES DECIR, PREPARACIÓN ANTICONCEPTIVA COMBINADA DE ESTRÓGENO-PROGESTÁGENO O SOLO PROGESTÁGENO), 3) SIN USO CONCOMITANTE CON OTRO AGENTE MODULADOR DE GNRH, Y 4) NO HABER RECIBIDO UN TOTAL DE 12 MESES DE TRATAMIENTO EN TODA SU VIDA.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

LEUPROLIDA-LUPRON DEPOT-PED

Productos afectados

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

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	PUBERTAD PRECOZ CENTRAL (CPP): INICIAL: MUJERES: NIVEL ELEVADO DE HORMONA LUTEINIZANTE (HL) SUPERIOR A 0.2–0.3 MUI/ML EN EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO. HOMBRES: NIVEL ELEVADO DE HL SUPERIOR A 0.2–0.3 MUI/ML AL DIAGNÓSTICO.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	CPP: INICIAL: PRESCRITO POR UN ENDOCRINÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	CPP: INICIAL: MUJERES: 1) MENOR DE 8 AÑOS AL INICIO DE LA CPP Y 2) EN FASE 2 O SUPERIOR DE TANNER PARA EL DESARROLLO MAMARIO Y EL CRECIMIENTO DEL VELLO PÚBICO. HOMBRES: 1) MENOR DE 9 AÑOS AL INICIO DE LA CPP Y 2) EN FASE DE TANNER 2 O SUPERIOR PARA EL DESARROLLO GENITAL Y EL CRECIMIENTO DEL VELLO PÚBICO. RENOVACIÓN: 1) EL ESTADIO DE TANNER AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO INICIAL SE HA ESTABILIZADO O RETROCEDIDO DURANTE TRES VISITAS MÉDICAS DISTINTAS EN EL ÚLTIMO AÑO, Y 2) NO HA ALCANZADO LA EDAD REAL QUE CORRESPONDE A LA EDAD PUBERAL ACTUAL.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

LEVODOPA

Productos afectados

- INBRIJA INHALATORIA CÁPSULA, CON DISPOSITIVO DE INHALACIÓN

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	ENFERMEDAD DE PARKINSON (EP): INICIAL: PRESCRITO POR UN NEURÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UN NEURÓLOGO.
Duración de la cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros criterios	EP: RENOVACIÓN: MEJORA EN LAS FLUCTUACIONES MOTORAS DURANTE EPISODIOS DE BAJA CON EL USO DE INBRIJA.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

L-GLUTAMINA

Productos afectados

- *Glutamina (anemia falciforme)*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	ENFERMEDAD DE CÉLULAS FALCIFORMES (SCD): INICIAL: PRESCRITO POR UN HEMATÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO
Duración de la cobertura	INICIAL: 12 MESES. RENOVACIÓN: TODA LA VIDA.
Otros criterios	SCD: INICIAL: MAYORES DE 18 AÑOS: 1) AL MENOS 2 CRISIS DE ANEMIA FALCIFORME EN EL ÚLTIMO AÑO, 2) SÍNTOMAS ASOCIADOS A ANEMIA FALCIFORME QUE INTERFIEREN CON LAS ACTIVIDADES DIARIAS, O 3) ANTECEDENTES DE SÍNDROME GRAVE DE PECHO RECURRENTE. EDADES DE 5 A 17 AÑOS: APROBADO SIN CRITERIOS ADICIONALES. RENOVACIÓN: MANTUVO O EXPERIMENTÓ UNA REDUCCIÓN EN LAS COMPLICACIONES GRAVES DE LA DCP.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

POMADA DE LIDOCAÍNA

Productos afectados

- *Pomada tópica de lidocaína*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

PARCHE DE LIDOCAÍNA

Productos afectados

- *Dermacinrx Lidocan 5% parche exterior*
- *Parche adhesivo tópico de lidocaína, medicado 5%*
- *Lidocan III*
- *Tridacaine iii*
- ZTLIDO

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	1) DOLOR ASOCIADO A LA NEURALGIA POSHERPÉTICA, 2) NEUROPATÍA ASOCIADA A LA DIABETES MELLITUS, 3) DOLOR DE ESPALDA CRÓNICO, O 4) OSTEOARTRITIS DE RODILLA O CADERA.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

LIDOCAÍNA PRILOCAÍNA

Productos afectados

- *Crema tópica de lidocaína-prilocaína*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

LIDOCAÍNA SOLUCIÓN

Productos afectados

- *Lidocaína HCL Solución mucosa 4% (40 mg/ml)*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

LINVOSELTAMAB-GCPT

Productos afectados

- LYNOZYFIC SOLUCIÓN INTRAVENOSA 2 MG/ML, 20 MG/ML

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

LOMITAPIDA

Productos afectados

- JUXTAPID CÁPSULA ORAL 10 MG, 2 MG, 20 MG, 30 MG, 5 MG

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	HIPERCOLESTEROLEMIA FAMILIAR HOMOCIGÓTICA (HOFH): 1) DIAGNÓSTICO DETERMINADO POR: (A) CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEFINITIVOS DE SIMON BROOME, (B) PUNTUACIÓN DE AL MENOS 8 EN LOS CRITERIOS DE LA DUTCH LIPID NETWORK, O (C) DIAGNÓSTICO CLÍNICO BASADO EN ANTECEDENTES DE UNA CONCENTRACIÓN DE LDL-C SIN TRATAR MAYOR DE 500 MG/DL JUNTO CON XANTOMA ANTES DE LOS 10 AÑOS DE EDAD O EVIDENCIA DE HEFH EN AMBOS PADRES, Y 2) NIVEL DE LDL-C DE AL MENOS 70MG/DL DURANTE EL TRATAMIENTO CON LA DOSIS MÁXIMA TOLERADA DE MEDICAMENTOS.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	HOFH: PRESCRITO POR UN CARDIÓLOGO, ENDOCRINÓLOGO O LIPIDÓLOGO, O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	HOFH: 1) PRUEBA DE REPATHA, DONDE LAS EDADES COINCIDEN, A MENOS QUE EL PACIENTE TENGA RECEPTORES DE LDL NO FUNCIONALES, Y 2) UNO DE LOS SIGUIENTES: (A) TOMA UNA ESTATINA DE ALTA INTENSIDAD (ES DECIR, ATORVASTATINA DE 40-80MG AL DÍA, ROSUVASTATINA DE 20-40MG AL DÍA) DURANTE AL MENOS 8 SEMANAS, (B) TOMA UNA DOSIS MÁXIMA TOLERADA DE CUALQUIER ESTATINA DURANTE AL MENOS 8 SEMANAS, DADO QUE EL PACIENTE NO TOLERA UNA ESTATINA DE ALTA INTENSIDAD, (C) CONTRAINDICACIÓN ABSOLUTA A LA TERAPIA CON ESTATINAS (P. EJ., EDAD, ENFERMEDAD HEPÁTICA

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
	DESCOMPENSADA ACTIVA, MUJER EN PERIODO DE LACTANCIA, EMBARAZO O PLANES DE QUEDAR EMBARAZADA, REACCIONES DE HIPERSENSIBILIDAD), (D) INTOLERANCIA A LAS ESTATINAS, O (E) PRUEBA DE ROSUVASTATINA, ATORVASTATINA O TERAPIA CON ESTATINAS A CUALQUIER DOSIS Y HA PRESENTADO SÍNTOMAS RELACIONADOS CON EL MÚSCULO ESQUELÉTICO (P. EJ., MIOPATÍA).
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

LONCASTUXIMAB TESIRINE-LPYL

Productos afectados

- ZYNLONTA

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

LORLATINIB

Productos afectados

- LORBRENA COMPRIMIDO ORAL 100 MG, 25 MG

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

LOTILANER

Productos afectados

- XDEMVY

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	BLEFARITIS POR DEMODEX: 18 AÑOS O MÁS
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	6 SEMANAS
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

LUMACAFTOR-IVACAFTOR

Productos afectados

- ORKAMBI GRANULADO ORAL EN SOBRE
- ORKAMBI COMPRIMIDO ORAL

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	FIBROSIS QUÍSTICA (FQ): INICIAL: PRESCRITO POR UN NEUMÓLOGO O EXPERTO EN FIBROSIS QUÍSTICA O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: TODA LA VIDA.
Otros criterios	FQ: INICIAL: SIN USO CONCOMITANTE CON OTRO MODULADOR DEL REGULADOR DE LA CONDUCTANCIA TRANSMEMBRANA DE LA FIBROSIS QUÍSTICA (CFTR). RENOVACIÓN: 1) MEJORA DEL ESTADO CLÍNICO Y 2) SIN USO CONCOMITANTE CON OTRO MODULADOR CFTR.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

MACITENTAN

Productos afectados

- *Macitentan*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR (HAP): INICIAL: DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR CATETERISMO CARDÍACO DERECHO CON LOS SIGUIENTES PARÁMETROS: 1) PRESIÓN ARTERIAL PULMONAR (PAP) MEDIA MAYOR A 20 MMHG, 2) PRESIÓN DE ENCLAVAMIENTO CAPILAR PULMONAR (PCWP) DE 15 MMHG O MENOS, Y 3) RESISTENCIA VASCULAR PULMONAR (RVP) MAYOR A 2 UNIDADES WOOD.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	HAP: INICIAL: PRESCRITO POR UN CARDIÓLOGO O NEUMÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

MARGETUXIMAB-CMKB

Productos afectados

- MARGENZA

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

MARIBAVIR

Productos afectados

- LIVTENCITY

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

MAVACAMTEN

Productos afectados
- CAMZYOS

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA OBSTRUCTIVA (HCM): INICIAL: GRADIENTE DE LA VÍA DE SALIDA DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO (LVOT) DE 50 MMHG O MÁS
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	HCM OBSTRUCTIVA: INICIAL: PRESCRITO POR UN CARDIÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	HCM OBSTRUCTIVA: INICIAL: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UN BETABLOQUEANTE O UN BLOQUEADOR DE CANALES DE CALCIO NO DIHIDROPIRIDÍN O INTOLERANCIA A ELLOS. RENOVACIÓN: BENEFICIO CLÍNICO CONTINUO (P. EJ., REDUCCIÓN DE SÍNTOMAS, MEJORA EN LA CLASIFICACIÓN NYHA).
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

MECASERMIN

Productos afectados

- INCRELEX

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	RETARDO DEL CRECIMIENTO: INICIAL: PRESCRITO POR UN ENDOCRINÓLOGO O NEFRÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	RETARDO DEL CRECIMIENTO: INICIAL: EPÍFISIS ABIERTAS CONFIRMADAS POR LA RADIOGRAFÍA DE MUÑECA Y MANO. INICIAL/RENOVACIÓN: SIN USO CONCOMITANTE CON OTRO MEDICAMENTO PARA LA HORMONA DEL CRECIMIENTO. RENOVACIÓN: MEJORA DURANTE LA TERAPIA (AUMENTO DE ALTURA O AUMENTO DE LA VELOCIDAD DE ALTURA).
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

MECLORETAMINA

Productos afectados

- VALCHLOR

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

MEPOLIZUMAB

Productos afectados

- AUTOINYECTOR SUBCUTÁNEO NUCALA
- NUCALA SOLUCIÓN PARA RECONSTITUCIÓN SUBCUTÁNEA
- JERINGA SUBCUTÁNEA NUCALA 100 MG/ML, 40 MG/0.4 ML

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	INICIAL: ASMA: NIVEL DE EOSINÓFILOS EN SANGRE DE AL MENOS 150 CÉLULAS/µL EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	INICIAL: ASMA: PRESCRITO POR UN MÉDICO ESPECIALIZADO EN MEDICINA PULMONAR O ALÉRGICA, O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO. CRSWNP: PRESCRITO POR UN OTORRINOLA-RINGÓLOGO, ALERGÓLOGO O INMUNÓLOGO, O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO. EPOC EOSINOFÍLICA: PRESCRITO POR UN NEUMÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	INICIAL: CRSWNP: 6 MESES. OTROS: 12 MESES. RENOVACIÓN: CRSWNP, ASMA, EPOC, EGPA, HES: 12 MESES.
Otros criterios	INICIAL: TODAS LAS INDICACIONES: SIN USO CONCOMITANTE CON OTRO AGENTE BIOLÓGICO SISTÉMICO NI MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR PDE-4) PARA LA MISMA INDICACIÓN. ASMA: 1) TERAPIA CONCOMITANTE CON UNA DOSIS MEDIA, ALTA O MÁXIMA TOLERANCIA DE UN CORTICOSTEROIDE INHALADO (CI) Y AL MENOS OTRO MEDICAMENTO DE MANTENIMIENTO, Y 2) UNO DE LOS SIGUIENTES: (A) AL MENOS UNA EXACERBACIÓN DE LA ASMA QUE REQUIRIÓ UN CURSO SISTÉMICO DE CORTICOSTEROIDES DE AL MENOS 3 DÍAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES O AL MENOS UNA EXACERBACIÓN GRAVE QUE REQUIRIÓ HOSPITALIZACIÓN O VISITA A URGENCIAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES; O (B) MAL CONTROL DE LOS SÍNTOMAS A PESAR DE LA TERAPIA ACTUAL, COMO LO DEMUESTRAN AL MENOS TRES DE LOS SIGUIENTES EN LAS ÚLTIMAS 4

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
	SEMANAS: SÍNTOMAS DE ASMA DIURNO MÁS DE DOS VECES POR SEMANA, CUALQUIER NOCHE AL DESPERTARSE POR ASMA, USO DE MEDICACIÓN DE ALIVIO SABA PARA LOS SÍNTOMAS MÁS DE DOS VECES POR SEMANA, CUALQUIER LIMITACIÓN DE ACTIVIDAD POR ASMA. RINOSINUSITIS CRÓNICA CON PÓLIPOS NASALES (CRSWNP): 1) UN TRATAMIENTO DE PRUEBA DE 56 DÍAS CON UN CORTICOSTEROIDE NASAL TÓPICO, 2) EVIDENCIA DE PÓLIPOS NASALES MEDIANTE EXAMEN DIRECTO, ENDOSCOPÍA O ESCÁNER TC DE SENOS PARANASALES Y 3) ENFERMEDAD INADECUADAMENTE CONTROLADA. EPOC EOSINOFÍLICA: SE USA EN COMBINACIÓN CON UN LAMA/LABA/CI. RENOVACIÓN: ASMA: 1) USO CONTINUADO DE CI Y AL MENOS OTRO MEDICAMENTO DE MANTENIMIENTO, 2) RESPUESTA CLÍNICA EVIDENCIADA POR: (A) REDUCCIÓN EN LAS EXACERBACIONES DE ASMA RESPECTO AL VALOR INICIAL, (B) DISMINUCIÓN EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS DE RESCATE, (C) REDUCCIÓN EN LA GRAVEDAD O FRECUENCIA DE LOS SÍNTOMAS RELACIONADOS CON EL ASMA, (D) AUMENTO EN EL PORCENTAJE PREVISTO DE VEF1 RESPECTO A VALOR INICIAL PREVIO AL TRATAMIENTO, Y 3) SIN USO CONCOMITANTE CON OTRO AGENTE BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS PARA LA MISMA INDICACIÓN. CRSWNP: 1) BENEFICIO CLÍNICO EN COMPARACIÓN CON EL VALOR INICIAL Y 2) SIN USO CONCOMITANTE CON OTRO AGENTE BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS PARA LA MISMA INDICACIÓN. GRANULOMATOSIS EOSINOFÍLICA CON POLIANGITIS (EGPA): 1) REDUCCIÓN DE LOS SÍNTOMAS DE EGPA EN COMPARACIÓN CON EL VALOR INICIAL O LA CAPACIDAD DE REDUCIR/ELIMINAR EL USO DE CORTICOSTEROIDES, 2) SIN USO CONCOMITANTE CON OTRO AGENTE BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS PARA LA MISMA INDICACIÓN. EPOC EOSINOFÍLICA: 1) USO EN COMBINACIÓN CON UN LAMA/LABA/CI, 2) SIN USO CONCOMITANTE CON OTRO AGENTE BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS PARA LA MISMA INDICACIÓN Y 3) RESPUESTA CLÍNICA EVIDENCIADA POR: (A) REDUCCIÓN DE EXACERBACIONES DE EPOC RESPECTO AL ESTADO INICIAL O (B) REDUCCIÓN EN LA GRAVEDAD O FRECUENCIA DE LOS SÍNTOMAS RELACIONADOS CON LA EPOC.

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

METILNALTREXONA INYECTABLE

Productos afectados

- RELISTOR SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA
- JERINGA SUBCUTÁNEA RELISTOR 12 MG/0.6 ML, 8 MG/0.4 ML

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	ENFERMEDAD AVANZADA: 6 MESES. DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO: 12 MESES.
Otros criterios	DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO: 1) HA TOMADO OPIOIDES DURANTE AL MENOS 4 SEMANAS Y 2) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE LOS AGENTES PREFERIDOS: NALOXEGOL (MOVANTIK) Y LUBIPROSTONE (AMITIZA)
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

METILNALTREXONA ORAL

Productos afectados

- RELISTOR ORAL

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	ESTREÑIMIENTO INDUCIDO POR OPIOIDES CON DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO: 1) HA TOMADO OPIOIDES DURANTE AL MENOS 4 SEMANAS Y 2) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE LOS AGENTES PREFERIDOS: NALOXEGOL (MOVANTIK) Y LUBIPROSTONE (AMITIZA)
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

METIROSINA

Productos afectados

- *Metirosina*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	FEOCROMOCITOMA: INICIAL: PRESCRITO POR UN ENDOCRINÓLOGO, UN CIRUJANO ENDOCRINO O UN HEMATÓLOGO-ONCÓLOGO, O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	PREPARACIÓN PREOPERATORIA PARA LA CIRUGÍA: 30 DÍAS. FEOCROMOCITOMA MALIGNO: INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	FEOCROMOCITOMA: INICIAL: TIENE FEOCROMOCITOMA NO METASTÁSICO. PREPARACIÓN PREOPERATORIA PARA LA CIRUGÍA: USO EN COMBINACIÓN CON UN BLOQUEADOR DE LOS RECEPTORES ALFA-ADRENÉRGICOS. RENOVACIÓN: FEOCROMOCITOMA MALIGNO: MEJORA ESTABLE O CLÍNICA DURANTE LA TERAPIA.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

MIDOSTAURIN

Productos afectados

- RYDAPT

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	LEUCEMIA MIELOIDE GRAVE: 6 MESES. MASTOCITOSIS SISTÉMICA AVANZADA: 12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

MIFEPRISTONA

Productos afectados

- *Mifepristona comprimido oral 300 mg*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	SÍNDROME DE CUSHING (CS): INICIAL: DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR: 1) CORTISOL LIBRE EN ORINA DE 24 HORAS (AL MENOS 2 PRUEBAS PARA CONFIRMAR), 2) PRUEBA NOCTURNA DE DEXAMETASONA DE 1MG, O 3) CORTISOL SALIVAL NOCTURNO (AL MENOS 2 PRUEBAS PARA CONFIRMAR).
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	CS: INICIAL: PRESCRITO POR UN ENDOCRINÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros criterios	CS: INICIAL: El HIPERCORTISOLISMO NO SE DEBE AL USO DE GLUCOCORTICOIDES CRÓNICOS. RENOVACIÓN: 1) SIGUE MEJORANDO LA TOLERANCIA A LA GLUCOSA O UNA TOLERANCIA ESTABLE A LA GLUCOSA (P. EJ., REDUCCIÓN DE A1C, MEJORA DE GLUCOSA EN AYUNO), 2) SIGUE TENIENDO TOLERANCIA A LA TERAPIA, Y 3) SIGUE SIN SER CANDIDATO PARA TRATAMIENTO QUIRÚRGICO O HA FALLADO LA CIRUGÍA.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

Fecha de actualización: 10/23/2026

MIGALASTAT

Productos afectados

- GALAFOLD

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	ENFERMEDAD DE FABRY: INICIAL: 1) TIENE UNA VARIANTE COMPATIBLE DEL GEN ALFA DE GALACTOSIDASA (GLA) SEGÚN DATOS DE ENSAYOS IN VITRO QUE UN PROFESIONAL DE GENÉTICA CLÍNICA INTERPRETA COMO PATÓGENA O PROBABLEMENTE PATOGÉNICA, Y 2) UNA DE LAS SIGUIENTES: (A) MUJERES: MUTACIÓN DEL GEN GLA MEDIANTE PRUEBAS GENÉTICAS, O (B) VARONES: ENSAYO ENZIMÁTICO QUE INDICA DEFICIENCIA DE ALFA GALACTOSIDASA A O MUTACIÓN DEL GEN GLA MEDIANTE PRUEBAS GENÉTICAS.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	ENFERMEDAD DE FABRY: INICIAL: PRESCRITO POR UN NEFRÓLOGO, CARDIÓLOGO O ESPECIALISTA EN GENÉTICA O TRASTORNOS METABÓLICOS HEREDITARIOS, O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	ENFERMEDAD DE FABRY: INICIAL: SIN USO CONCOMITANTE CON OTRA TERAPIA PARA LA ENFERMEDAD DE FABRY. RENOVACIÓN: 1) MEJORA O ESTABILIZACIÓN DEMOSTRADA, y 2) SIN USO CONCOMITANTE CON OTRA TERAPIA PARA LA ENFERMEDAD DE FABRY.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

MIGLUSTAT-ZAVESCA

Productos afectados

- *Miglustat*
- *Yargesa*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

MILTEFOSINA

Productos afectados

- IMPAVIDO

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

MIRDAMETINIB

Productos afectados

- GOMEKLI CÁPSULA ORAL 1 MG, 2 MG
- GOMEKLI COMPRIMIDO ORAL PARA SUSPENSIÓN

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

MIRVETUXIMAB SORAVTANSINE-GYNX

Productos afectados

- ELAHERE

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	CÁNCER EPITELIAL DE OVARIO, DE TROMPA DE FALOPIO O PERITONEAL PRIMARIO: SE REALIZARÁ UN EXAMEN OFTÁLMICO, INCLUIDA LA AGUDEZA VISUAL Y EL EXAMEN CON LÁMPARA DE HENDIDURA, ANTES DEL INICIO DE LA TERAPIA Y EN LOS INTERVALOS PROGRAMADOS RECOMENDADOS.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

MOMELOTINIB

Productos afectados

- OJJAARA

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

MOSUNETUZUMAB-AXGB

Productos afectados

- LUNSUMIO
- LUNSUMIO VELO

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	LINFOMA FOLICULAR RECIDIVANTE O REFRACTARIO: INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 7 MESES.
Otros criterios	LINFOMA FOLICULAR RECIDIVANTE O REFRACTARIO: RENOVACIÓN: 1) HA LOGRADO UNA RESPUESTA PARCIAL AL TRATAMIENTO, 2) NO HA RECIBIDO PREVIAMENTE MÁS DE 17 CICLOS DE TRATAMIENTO.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

NAFARELINA

Productos afectados

- SYNAREL

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	INICIAL: PUBERTAD PRECOZ CENTRAL (CPP): MUJERES: NIVELES ELEVADOS DE HORMONA LUTEINIZANTE (HL) SUPERIORES A 0.2 A 0.3 MUI/ML EN EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO. HOMBRES: NIVELES ELEVADOS DE HL SUPERIORES A 0.2 A 0.3 MUI/ML EN EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	INICIAL: ENDOMETRIOSIS: PRESCRITO POR UN OBSTETRA O GINECÓLOGO, O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO. CPP: PRESCRITO POR UN ENDOCRINÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	ENDOMETRIOSIS: 6 MESES. CPP: INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	INICIAL: ENDOMETRIOSIS: 1) SIN USO CONCOMITANTE CON OTRO AGENTE MODULADOR DE GNRH, 2) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE LA PREPARACIÓN QUE CONTIENE AINE Y PROGESTINA, Y 3) NO HA RECIBIDO UN TOTAL DE 6 MESES DE TRATAMIENTO A LO LARGO DE SU VIDA. CPP: MUJERES: 1) MENOR DE 8 AÑOS AL INICIO DE LA CPP Y 2) EN FASE 2 O SUPERIOR DE TANNER PARA EL DESARROLLO MAMARIO Y EL CRECIMIENTO DEL VELLO PÚBICO. HOMBRES: 1) MENOR DE 9 AÑOS AL INICIO DE LA CPP Y 2) EN FASE DE TANNER 2 O SUPERIOR PARA EL DESARROLLO GENITAL Y EL CRECIMIENTO PÚBICO. RENOVACIÓN: CPP: 1) LA ESTADIFICACIÓN DE TANNER EN EL DIAGNÓSTICO INICIAL SE HA ESTABILIZADO O HA REGRESADO, 2) NO HA ALCANZADO LA EDAD REAL QUE CORRESPONDE A LA EDAD PUBERAL ACTUAL.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

AGENTES DE NARCOLEPSIA

Productos afectados

- *Armodafinil*
- *Modafinil comprimido oral 100 mg, 200 mg*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

NAXITAMAB-GQGK

Productos afectados
- DANYELZA

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

NEDOSIRAN

Productos afectados
- RIVFLOZA

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

NERANDOMILAST

Productos afectados

- JASCAYD

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	INICIAL: FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA (IPF): UN PATRÓN DE NEUMONÍA INTERSTICIAL USUAL (UIP) EVIDENCIADA POR TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE ALTA RESOLUCIÓN (TCAR) SOLA O MEDIANTE UNA COMBINACIÓN DE BIOPSIA PULMONAR QUIRÚRGICA Y TCAR. FIBROSIS PULMONAR PROGRESIVA (FPP): 1) AL MENOS UN 10% DE FIBROSIS EN UNA TCAR DE TÓRAX, 2) ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL CON UN FENOTIPO PROGRESIVO (EPID-FP).
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	INICIAL: IPF: PRESCRITO POR UN NEUMÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO. PPF: PRESCRITO POR UN NEUMÓLOGO O REUMATÓLOGO, O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	INICIAL: IPF: 1) NO TIENE OTRAS CAUSAS CONOCIDAS DE ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL (P. EJ., ENFERMEDAD DEL TEJIDO CONECTIVO; TOXICIDAD MEDICAMENTOSA; EXPOSICIÓN AL ASBESTO O BERILIO; NEUMONITIS POR HIPERSENSIBILIDAD; ESCLEROSIS SISTÉMICA; ARTRITIS REUMATOIDE; RADIOTERAPIA; SARCOIDOSIS; BRONQUIOLITIS OBLITERANTE NEUMONÍA ORGANIZADORA; INFECCIÓN POR VIH; HEPATITIS VÍRICA; CÁNCER.), Y 2) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UNO DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: OFEV, PIRFENIDONA. PPF: 1) LA FUNCIÓN PULMONAR Y LOS SÍNTOMAS RESPIRATORIOS O LA IMAGEN TORÁCICA HAN EMPEORADO O PROGRESADO A PESAR DEL TRATAMIENTO CON MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA PARA

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
	LA EPID (NO ATRIBUIBLE A COMORBILIDADES COMO INFECCIÓN, INSUFICIENCIA CARDÍACA) Y 2) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE AGENTE PREFERIDO. OFEV (NINTEDANIB). RENOVACIÓN: IPF, PPF: MEJORA O MANTENIMIENTO CLÍNICO SIGNIFICATIVO EN LA TASA ANUAL DE DESCENSO.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

NERATINIB

Productos afectados
- NERLYNX

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	CÁNCER DE MAMA EN FASE INICIAL (ESTADIO I-III): SE SOLICITA MEDICACIÓN DENTRO DE LOS 2 AÑOS SIGUIENTES A COMPLETAR LA ÚLTIMA DOSIS DE TRASTUZUMAB. TODAS LAS DEMÁS INDICACIONES APROBADAS POR LA FDA ESTÁN CUBIERTAS SIN CRITERIOS ADICIONALES, EXCEPTO AQUELLOS INCLUIDOS EN LA ETIQUETA APROBADA POR LA FDA.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

NILOTINIB - TASIGNA

Productos afectados

- *Nilotinib hcl cápsula oral 150 mg, 200 mg, 50 mg*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA CON CROMOSOMA FILADELFIA POSITIVO (PH+ LMC) PREVIAMENTE TRATADA: SE REQUIERE UN ANÁLISIS MUTACIONAL ANTES DE INICIAR EL TRATAMIENTO, Y LA SELECCIÓN DE LA MEDICACIÓN DEBE CUMPLIR CON LA TABLA DE RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO DE LAS DIRECTRICES DE LA NCCN SEGÚN EL PERFIL DE MUTACIÓN BCR-ABL1.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

NILOTINIB-DANZITEN

Productos afectados

- DANZITEN

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA CON CROMOSOMA FILADELFIA POSITIVO (PH+ LMC) PREVIAMENTE TRATADA: 1) SE REALIZÓ UN ANÁLISIS MUTACIONAL ANTES DE INICIAR LA TERAPIA, Y 2) LA TERAPIA ES ADECUADA SEGÚN LA TABLA DE RECOMENDACIONES DE LA NCCN PARA EL TRATAMIENTO SEGÚN EL PERFIL MUTACIONAL DE BCR-ABL1.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

NINTEDANIB

Productos afectados

- *Nintedanib*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	INICIAL: FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA (IPF): UN PATRÓN DE NEUMONÍA INTERSTICIAL USUAL (UIP) EVIDENCIADA POR TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE ALTA RESOLUCIÓN (TCAR) SOLA O MEDIANTE UNA COMBINACIÓN DE BIOPSIA PULMONAR QUIRÚRGICA Y TCAR. ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL ASOCIADA A ESCLEROSIS SISTÉMICA (EPI-ES): 1) AL MENOS UN 10% DE FIBROSIS EN UNA TCAR DE TÓRAX, Y 2) UNA CVF INICIAL DE AL MENOS EL 40% DEL VALOR PREVISTO. ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL FIBROSANTE CRÓNICA CON UN FENOTIPO PROGRESIVO (EPID-FP): AL MENOS UN 10% DE FIBROSIS EN UNA TCAR DE TÓRAX.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	INICIAL: IPF: PRESCRITO POR UN NEUMÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO. EPI-ES, EPID-FP: PRESCRITO POR UN NEUMÓLOGO O REUMATÓLOGO, O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	INICIAL: EPI-ES: 6 MESES. IPF, EPID-FP: 12 MESES. RENOVACIÓN (TODAS LAS INDICACIONES): 12 MESES.
Otros criterios	INICIAL: IPF: 1) NO PRESENTA OTRAS CAUSAS CONOCIDAS DE ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL (P. EJ., ENFERMEDAD DEL TEJIDO CONECTIVO, TOXICIDAD MEDICAMENTOSA, EXPOSICIÓN A ASBESTO O BERILIO, NEUMONITIS POR HIPERSENSIBILIDAD), Y 2) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE AGENTE PREFERIDO. ESBRIET (PIRFENIDONA). EPI-ES: NO TIENE OTRAS CAUSAS CONOCIDAS DE ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL (P. EJ., INSUFICIENCIA CARDÍACA/SOBRECARGA DE LÍQUIDOS, TOXICIDAD PULMONAR POR FÁRMACOS, ASPIRACIÓN

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
	RECURRENTE). EPID-FP: LA FUNCIÓN PULMONAR Y LOS SÍNTOMAS RESPIRATORIOS O LA IMAGEN TORÁCICA HAN EMPEORADO O PROGRESADO A PESAR DEL TRATAMIENTO CON MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA EPID (NO ATRIBUIBLE A COMORBILIDADES COMO INFECCIÓN, INSUFICIENCIA CARDÍACA). RENOVACIÓN: IPF, EPI-ES, EPID-FP: MEJORA O MANTENIMIENTO CLÍNICO SIGNIFICATIVO EN LA TASA ANUAL DE DESCENSO.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

NIRAPARIB

Productos afectados

- ZEJULA

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	CÁNCER RECURRENTE DE OVARIO, TROMPAS DE FALOPIO O PERITONEO PRIMARIO: 1) SE USARÁ ZEJULA COMO MONOTERAPIA Y 2) ZEJULA SE INICIA A MÁS TARDAR 8 SEMANAS DESPUÉS DEL RÉGIMEN MÁS RECIENTE QUE CONTIENE PLATINO.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

NIRAPARIB-ABIRATERONA

Productos afectados
- AKEEGA

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	CÁNCER DE PRÓSTATA RESISTENTE A LA CASTRACIÓN METASTÁSICO (MCRPC), CÁNCER DE PRÓSTATA METASTÁSICO SENSIBLE A LA CASTRACIÓN (MCSPC): 1) RECIBIÓ UNA ORQUIECTOMÍA BILATERAL, 2) NIVEL DE CASTRACIÓN DE TESTOSTERONA (ES DECIR, MENOS DE 50 NG/DL), O 3) USO CONCOMITANTE CON UN ANÁLOGO DE LA HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINAS (GNRH).
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

NIROGACESTAT

Productos afectados

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

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

NITISINONA

Productos afectados

- *Nitisinona*
- ORFADIN SUSPENSIÓN ORAL

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	TIROSINEMIA HEREDITARIA TIPO 1 (HT-1): INICIAL: DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR NIVELES ELEVADOS DE SUCCINILACETONA URINARIA O PLASMÁTICA O UNA MUTACIÓN EN EL GEN DE LA FUMARILACETOACETATO HIDROLASA. RENOVACIÓN: LOS NIVELES DE SUCCINILACETONA URINARIA O PLASMÁTICA HAN DISMINUIDO RESPECTO AL ESTADO INICIAL DURANTE EL TRATAMIENTO CON NITISINONA.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	HT-1: INICIAL: PRESCRITO POR UN PRESCRIPTOR ESPECIALIZADO EN ENFERMEDADES METABÓLICAS HEREDITARIAS O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	INICIAL: 6 MESES, RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	HT-1: INICIAL: SUSPENSIÓN DE ORFADIN: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE LAS COMPRIMIDOS O CÁPSULAS PREFERIDAS DE NITISINONA.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

NIVOLUMAB

Productos afectados

- OPDIVO

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	MELANOMA METASTÁSICO O IRRESECABLE: SIN USO CONCOMITANTE CON TERAPIA DIRIGIDA (ES DECIR, INHIBIDORES DE BRAF, MEK Y NTRK).
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

NIVOLUMAB-HIALURONIDASA-NVHY

Productos afectados

- OPDIVO QVANTIG

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

NIVOLUMAB-RELATLIMAB-RMBW

Productos afectados

- OPDUALAG

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

NOGAPENDEKIN ALFA

Productos afectados

- ANKTIVA

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	40 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

ÁCIDO OBETICÓLICO

Productos afectados
- OCALIVA

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	COLANGITIS BILIAR PRIMARIA (PBC): INICIAL: DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR DOS DE LOS SIGUIENTES CRITERIOS: 1) FOSFATASA ALCALINA ELEVADA, 2) PRESENCIA DE ANTICUERPOS ANTIMITOCONDRIALES (AMA) O AUTOANTICUERPOS ESPECÍFICOS DE PBC, INCLUIDOS SP100 O GP210 EN CASO DE AMA NEGATIVA, O 3) EVIDENCIA HISTOLÓGICA DE COLANGITIS DESTRUCTIVA NO SUPURATIVA Y DESTRUCCIÓN DE LOS CONDUCTOS BILIARES INTERLOBULARES (POR BIOPSIA DE HÍGADO).
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	PBC: INICIAL: PRESCRITO POR UN GASTROENTERÓLOGO O HEPATÓLOGO, O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros criterios	PBC: INICIAL: 1) NO PRESENTA OBSTRUCCIÓN BILIAR COMPLETA, 2) SIN USO CONCOMITANTE CON NINGÚN OTRO TRATAMIENTO DE SEGUNDA LÍNEA DE PBC (P. EJ., IQIRVO, LIVDELZI) Y 3) UNO DE LOS SIGUIENTES: (A) USO COMO MONOTERAPIA SI NO SE PUEDE TOLERAR URSODIOL, O (B) USO EN COMBINACIÓN CON URSODIOL SI LA RESPUESTA A AL MENOS 1 AÑO DE TRATAMIENTO CON URSODIOL MONOTERAPIA ES INSUFICIENTE. RENOVACIÓN: 1) SIGUE BENEFICIÁNDOSE DEL MEDICAMENTO, 2) NO PRESENTA OBSTRUCCIÓN BILIAR COMPLETA Y 3) SIN USO CONCOMITANTE CON NINGÚN OTRO TRATAMIENTO DE SEGUNDA LÍNEA DE LA BBC (P. EJ., IQIRVO, LIVDELZI).
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

OFATUMUMAB SQ

Productos afectados

- PLUMA KESIMPTA

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

OLAPARIB

Productos afectados
- LYNPARZA

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	CÁNCER RECURRENTE DE OVARIO, TROMPAS DE FALOPIO O PERITONEO PRIMARIO: LA MEDICACIÓN SE USARÁ COMO MONOTERAPIA. CÁNCER DE PRÓSTATA RESISTENTE A LA CASTRACIÓN METASTÁSICO: 1) RECIBIÓ UNA ORQUIECTOMÍA BILATERAL, 2) NIVEL DE CASTRACIÓN DE TESTOSTERONA (ES DECIR, MENOS DE 50 NG/DL), O 3) USO CONCOMITANTE CON UN ANÁLOGO DE LA HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINAS (GNRH). TODAS LAS DEMÁS INDICACIONES APROBADAS POR LA FDA ESTÁN CUBIERTAS SIN CRITERIOS ADICIONALES, EXCEPTO AQUELLOS INCLUIDOS EN LA ETIQUETA APROBADA POR LA FDA.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

Fecha de actualización: 10/23/2026

OLUTASIDENIB

Productos afectados
- REZLIDHIA

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

OMACETAXINA

Productos afectados
- SYNRIBO

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

OMALIZUMAB

Productos afectados

- XOLAIR

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	INICIAL: ASMA: PRUEBA CUTÁNEA O ANÁLISIS DE SANGRE POSITIVO (P. EJ., ELISA, FEIA) A UN AEROALÉRGENO PERENNE Y UN NIVEL SÉRICO INICIAL DE IGE DE AL MENOS 30 IU/ML. ALERGIA ALIMENTARIA: 1) NIVEL SÉRICO DE IGE DE AL MENOS 30 IU/ML Y 2) PRUEBA DE PUNCIÓN POSITIVA PARA AL MENOS UN ALIMENTO, O DESAFÍO ALIMENTARIO POSITIVO CON MONITORIZACIÓN MÉDICA PARA AL MENOS UN ALIMENTO.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	INICIAL/RENOVACIÓN: URTICARIA ESPONTÁNEA CRÓNICA (CSU): PRESCRITO POR UN ALERGÓLOGO, DERMATÓLOGO O INMUNÓLOGO, O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO. INICIAL: RINOSINUSITIS CRÓNICA CON PÓLIPOS NASALES (CRSWNP): PRESCRITO POR UN OTORRINOLARINGÓLOGO, ALERGÓLOGO O INMUNÓLOGO, O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO. ASMA: PRESCRITO POR UN MÉDICO ESPECIALIZADO EN ALERGIA O MEDICINA PULMONAR O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO. ALERGIA ALIMENTARIA: PRESCRITO POR UN ALERGÓLOGO O INMUNÓLOGO, O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: ASMA 12 MESES/12 MESES, CSU 6 MESES/12 MESES, CRSWNP 6 MESES/12 MESES, ALERGIA ALIMENTARIA 12 MESES/24 MESES
Otros criterios	INICIAL: CSU: 1) PRUEBA Y MANTENIMIENTO DE UN ANTIHISTAMÍNICO H1 DE SEGUNDA GENERACIÓN O CONTRAINDICACIÓN DE UNO, 2) TODAVÍA PRESENTA HABÓN URTICARIAL O ANGIOEDEMA LA MAYORÍA DE LOS DÍAS DE LA SEMANA DURANTE AL MENOS 6 SEMANAS, Y 3) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DEL AGENTE PREFERIDO: DUPIXENT.

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
	CRSWNP: 1) PRUEBA DE 56 DÍAS DE UN CORTICOSTEROIDE NASAL TÓPICO, 2) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UNO DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: NUCALA, DUPIXENT, 3) EVIDENCIA DE PÓLIPOS NASALES POR EXAMEN DIRECTO, ENDOSCOPÍA O ESCÁNER TC DE LOS SENOS NASALES, Y 4) ENFERMEDAD MAL CONTROLADA. ASMA: 1) TERAPIA CONCOMITANTE CON UNA DOSIS MEDIA, ALTA O MÁXIMA TOLERANCIA DE UN CORTICOSTEROIDE INHALADO (CI) Y AL MENOS OTRO MEDICAMENTO DE MANTENIMIENTO, Y 2) UNO DE LOS SIGUIENTES: (A) AL MENOS UNA EXACERBACIÓN DE LA ASMA QUE REQUIRIÓ UN CURSO SISTÉMICO DE CORTICOSTEROIDES DE AL MENOS 3 DÍAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES O AL MENOS UNA EXACERBACIÓN GRAVE QUE REQUIRIÓ HOSPITALIZACIÓN O VISITA A URGENCIAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES; O (B) MAL CONTROL DE LOS SÍNTOMAS A PESAR DE LA TERAPIA ACTUAL, COMO LO DEMUESTRAN AL MENOS TRES DE LOS SIGUIENTES EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS: SÍNTOMAS DE ASMA DIURNO MÁS DE DOS VECES POR SEMANA, CUALQUIER NOCHE AL DESPERTARSE POR ASMA, USO DE MEDICACIÓN DE ALIVIO SABA PARA LOS SÍNTOMAS MÁS DE DOS VECES POR SEMANA, CUALQUIER LIMITACIÓN DE ACTIVIDAD POR ASMA. ALERGIA ALIMENTARIA: USO CONCOMITANTE CON UNA RECETA ACTIVA DE AUTOINYECTOR DE EPINEFRINA O INYECCIÓN DE EPINEFRINA. INICIAL/RENOVACIÓN: TODAS LAS INDICACIONES: SIN USO CONCOMITANTE CON OTRO AGENTE BIOLÓGICO SISTÉMICO NI MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR PDE-4) PARA LA MISMA INDICACIÓN. RENOVACIÓN: CSU: SE MANTUVO ACTIVADO O CONTRAINDICACIÓN DE UN ANTIHISTAMÍNICO H1 DE SEGUNDA GENERACIÓN. CRSWNP: BENEFICIO CLÍNICO COMPARADO CON EL VALOR INICIAL. ASMA: 1) USO CONTINUADO DE CI Y AL MENOS OTRO MEDICAMENTO DE MANTENIMIENTO, Y 2) RESPUESTA CLÍNICA EVIDENCIADA POR UNO DE LOS SIGUIENTES: (A) REDUCCIÓN DE EXACERBACIONES DEL ASMA DESDE EL VALOR INICIAL, (B) DISMINUCIÓN EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS DE RESCATE, (C) REDUCCIÓN EN LA GRAVEDAD O FRECUENCIA DE LOS SÍNTOMAS RELACIONADOS CON EL ASMA O (D) AUMENTO EN EL PORCENTAJE PREVISTO DE VEF1 DESDE EL VALOR INICIAL. ALERGIA ALIMENTARIA: 1) ALERGIA ALIMENTARIA PERSISTENTE MEDIADA POR IGE Y 2) USO

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
	CONCOMITANTE CON UNA PRESCRIPCIÓN ACTIVA PARA AUTOINYECTOR O INYECCIÓN DE EPINEFRINA.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

OMALIZUMAB-IGEC

Productos afectados
- OMLYCLO

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	INICIAL: ASMA: PRUEBA CUTÁNEA O ANÁLISIS DE SANGRE POSITIVO (P. EJ., ELISA, FEIA) A UN AEROALÉRGENO PERENNE Y UN NIVEL SÉRICO INICIAL DE IGE DE AL MENOS 30 IU/ML. ALERGIA ALIMENTARIA: 1) NIVEL SÉRICO DE IGE DE AL MENOS 30 IU/ML Y 2) PRUEBA DE PUNCIÓN POSITIVA PARA AL MENOS UN ALIMENTO, O DESAFÍO ALIMENTARIO POSITIVO CON MONITORIZACIÓN MÉDICA PARA AL MENOS UN ALIMENTO.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	INICIAL/RENOVACIÓN: URTICARIA ESPONTÁNEA CRÓNICA (CSU): PRESCRITO POR UN ALERGÓLOGO, DERMATÓLOGO O INMUNÓLOGO, O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO. INICIAL: RINOSINUSITIS CRÓNICA CON PÓLIPOS NASALES (CRSWNP): PRESCRITO POR UN OTORRINOLARINGÓLOGO, ALERGÓLOGO O INMUNÓLOGO, O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO. ASMA: PRESCRITO POR UN MÉDICO ESPECIALIZADO EN ALERGIA O MEDICINA PULMONAR O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO. ALERGIA ALIMENTARIA: PRESCRITO POR UN ALERGÓLOGO O INMUNÓLOGO, O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: ASMA 12 MESES/12 MESES, CSU 6 MESES/12 MESES, CRSWNP 6 MESES/12 MESES, ALERGIA ALIMENTARIA 12 MESES/24 MESES
Otros criterios	INICIAL: CSU: 1) PRUEBA Y MANTENIMIENTO DE UN ANTIHISTAMÍNICO H1 DE SEGUNDA GENERACIÓN O CONTRAINDICACIÓN DE UNO, Y 2) TODAVÍA PRESENTA HABÓN URTICARIAL O ANGIOEDEMA LA MAYORÍA DE LOS DÍAS DE LA SEMANA DURANTE AL MENOS 6 SEMANAS. CRSWNP: 1) PRUEBA DE 56 DÍAS DE UN AGENTE DE

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
	TRATAMIENTO CLÍNICO ESTÁNDAR: UN CORTICOSTEROIDE NASAL TÓPICO, 2) EVIDENCIA DE PÓLIPOS NASALES POR EXAMEN DIRECTO, ENDOSCOPÍA O ESCÁNER TC DE LOS SENOS NASALES, Y 3) ENFERMEDAD MAL CONTROLADA. ASMA: 1) TERAPIA CONCOMITANTE CON UNA DOSIS MEDIA, ALTA O MÁXIMA TOLERANCIA DE UN CORTICOSTEROIDE INHALADO (CI) Y AL MENOS OTRO MEDICAMENTO DE MANTENIMIENTO, Y 2) UNO DE LOS SIGUIENTES: (A) AL MENOS UNA EXACERBACIÓN DE LA ASMA QUE REQUIRIÓ UN CURSO SISTÉMICO DE CORTICOSTEROIDES DE AL MENOS 3 DÍAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES O AL MENOS UNA EXACERBACIÓN GRAVE QUE REQUIRIÓ HOSPITALIZACIÓN O VISITA A URGENCIAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES; O (B) MAL CONTROL DE LOS SÍNTOMAS A PESAR DE LA TERAPIA ACTUAL, COMO LO DEMUESTRAN AL MENOS TRES DE LOS SIGUIENTES EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS: SÍNTOMAS DE ASMA DIURNO MÁS DE DOS VECES POR SEMANA, CUALQUIER NOCHE AL DESPERTARSE POR ASMA, USO DE MEDICACIÓN DE ALIVIO SABA PARA LOS SÍNTOMAS MÁS DE DOS VECES POR SEMANA, CUALQUIER LIMITACIÓN DE ACTIVIDAD POR ASMA. ALERGIA ALIMENTARIA: USO CONCOMITANTE CON UNA RECETA ACTIVA DE AUTOINYECTOR DE EPINEFRINA O INYECCIÓN DE EPINEFRINA. INICIAL/RENOVACIÓN: TODAS LAS INDICACIONES: SIN USO CONCOMITANTE CON OTRO AGENTE BIOLÓGICO SISTÉMICO NI MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR PDE-4) PARA LA MISMA INDICACIÓN. RENOVACIÓN: CSU: SE MANTUVO ACTIVADO O CONTRAINDICACIÓN DE UN ANTIHISTAMÍNICO H1 DE SEGUNDA GENERACIÓN. CRSWNP: BENEFICIO CLÍNICO COMPARADO CON EL VALOR INICIAL. ASMA: 1) USO CONTINUADO DE CI Y AL MENOS OTRO MEDICAMENTO DE MANTENIMIENTO, Y 2) RESPUESTA CLÍNICA EVIDENCIADA POR UNO DE LOS SIGUIENTES: (A) REDUCCIÓN DE EXACERBACIONES DEL ASMA DESDE EL VALOR INICIAL, (B) DISMINUCIÓN EN LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS DE RESCATE, (C) REDUCCIÓN EN LA GRAVEDAD O FRECUENCIA DE LOS SÍNTOMAS RELACIONADOS CON EL ASMA O (D) AUMENTO EN EL PORCENTAJE PREVISTO DE VEF1 DESDE EL VALOR INICIAL. ALERGIA ALIMENTARIA: 1) ALERGIA ALIMENTARIA PERSISTENTE MEDIADA POR IGE Y 2) USO CONCOMITANTE CON UNA PRESCRIPCIÓN ACTIVA PARA AUTOINYECTOR O INYECCIÓN DE EPINEFRINA.

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

OPICAPONA

Productos afectados

- ONGENTYS

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	ENFERMEDAD DE PARKINSON: 18 AÑOS O MÁS
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

OSIMERTINIB

Productos afectados

- TAGRISSO

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

PACRITINIB

Productos afectados

- VONJO

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros criterios	MIELOFIBROSIS: RENOVACIÓN: SIGUE BENEFICIÁNDOSE DEL MEDICAMENTO
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

PALBOCICLIB

Productos afectados

- IBRANCE

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

PASIREOTIDE DIASPARTATE

Productos afectados

- SIGNIFOR

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	ENFERMEDAD DE CUSHING (CD): INICIAL: PRESCRITO POR UN ENDOCRINÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	CD: RENOVACIÓN: 1) MEJORA CONTINUA DE LA ENFERMEDAD DE CUSHING Y 2) SE MANTIENE LA TOLERABILIDAD A SIGNIFOR.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

PAZOPANIB

Productos afectados

- *Pazopanib comprimido oral 200 mg, 400 mg*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	SARCOMA DE TEJIDOS BLANDOS AVANZADO (STS): NO SE UTILIZA PARA SARCOMAS DE TEJIDOS BLANDOS ADIPOCÍTICOS NI PARA TUMORES ESTROMALES GASTROINTESTINALES (GIST)
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

PEGFILGRASTIM - APGF

Productos afectados

- NYVEPRIA

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	PRESCRITO POR UN HEMATÓLOGO U ONCÓLOGO, O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

PEGFILGRASTIM - CBQV

Productos afectados
- UDENYCA ONBODY

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	PRESCRITO POR UN HEMATÓLOGO U ONCÓLOGO, O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	MALIGNIDAD NO MIELOIDE: UDENYCA: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DEL AGENTE PREFERIDO NYVEPRIA. UDENYCA ONBODY: 1) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DEL AGENTE PREFERIDO NYVEPRIA O 2) BARRERA DE ACCESO (P. EJ., DIFICULTADES DE TRASLADO, IMPOSIBILIDAD DE REGRESAR A LA CLÍNICA PARA LAS INYECCIONES).
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

PEGINTERFERÓN ALFA-2A

Productos afectados
- PEGASYS

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	HEPATITIS B: PRESCRITO POR UN GASTROENTERÓLOGO, UN ESPECIALISTA EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS O UN MÉDICO ESPECIALIZADO EN EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS (P. EJ., UN HEPATÓLOGO), O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	HEPATITIS B/HEPATITIS C: 48 SEMANAS.
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

PEGVALIASE-PQPZ

Productos afectados
- PALYNZIQ

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	FENILCETONURIA (FCU): INICIAL: SIN USO CONCOMITANTE CON KUVAN. RENOVACIÓN: 1) SIGUE BENEFICIÁNDOSE DEL MEDICAMENTO Y 2) SIN USO CONCOMITANTE CON KUVAN.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

PEGVISOMANT

Productos afectados

- SOMAVERT

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

PEMBROLIZUMAB

Productos afectados
- KEYTRUDA

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	MELANOMA METASTÁSICO O IRRESECABLE: SIN USO CONCOMITANTE CON TERAPIA DIRIGIDA (ES DECIR, INHIBIDORES DE BRAF, MEK Y NTRK).
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

PEMBROLIZUMAB-BERAHYALURONIDASE ALFA-PMPH

Productos afectados
- KEYTRUDA QLEX

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

PEMIGATINIB

Productos afectados

- PEMAZYRE

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	COLANGIOCARCINOMA, NEOPLASIAS MIELOIDES/LINFOIDES: SE REALIZARÁ UN EXAMEN OFTALMOLÓGICO COMPLETO, LO QUE INCLUYE TOMOGRAFÍA ÓPTICA DE COHERENCIA (OCT), ANTES DE INICIAR EL TRATAMIENTO Y EN LOS INTERVALOS RECOMENDADOS.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

PENICILAMINA COMPRIMIDO

Productos afectados

- *Penicilamina comprimido oral*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	INICIAL: CISTINURIA: TIENE NEFROLITIASIS Y UNO DE LOS SIGUIENTES: 1) ANÁLISIS DE CÁLCULOS QUE MUESTRE PRESENCIA DE CISTINA, 2) PRESENCIA DE CRISTALES DE CISTINA PATOGNOMÓNICA HEXAGONAL EN ANÁLISIS DE ORINA, O 3) ANTECEDENTES FAMILIARES DE CISTINURIA Y CRIBADO POSITIVO DE CIANURO-NITROPRÚSIDO.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	INICIAL: ENFERMEDAD DE WILSON: PRESCRITO POR UN HEPATÓLOGO O GASTROENTERÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO. CISTINURIA: PRESCRITO POR UN NEFRÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO. ARTRITIS REUMATOIDE (AR): PRESCRITO POR UN REUMATÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UN REUMATÓLOGO.
Duración de la cobertura	INICIAL: 12 MESES, RENOVACIÓN: TODA LA VIDA.
Otros criterios	INICIAL: ENFERMEDAD DE WILSON: 1) PUNTUACIÓN DE LEIPZIG DE 4 O MÁS. AR: 1) NO TENER ANTECEDENTES NI OTRA EVIDENCIA DE INSUFICIENCIA RENAL Y 2) PRUEBA DE 3 MESES DE TRATAMIENTO CON UN DMARD (FÁRMACO ANTIRREUMÁTICO MODIFICADOR DE LA ENFERMEDAD) O CONTRAINDICACIÓN DE UNO. SI EL PACIENTE PROBÓ METOTREXATO, SE REQUIERE UNA PRUEBA CON UNA DOSIS MAYOR O IGUAL A 20 MG POR SEMANA O LA DOSIS MÁXIMA TOLERADA. RENOVACIÓN: AR: 1) NO TENER ANTECEDENTES NI OTRAS EVIDENCIAS DE INSUFICIENCIA RENAL Y 2) EXPERIMENTAR O MANTENER MEJORA EN EL RECUENTO DE ARTICULACIONES ADOLORIDAS O EL RECUENTO DE ARTICULACIONES HINCHADAS EN COMPARACIÓN CON EL

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
	ESTADO INICIAL. ENFERMEDAD DE WILSON, CISTINURIA: SIGUE BENEFICIÁNDOSE DEL MEDICAMENTO.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

PEXIDARTINIB

Productos afectados

- TURALIO

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

PIMAVANSERINA

Productos afectados
- NUPLAZID

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	PSICOSIS EN LA ENFERMEDAD DE PARKINSON (DP): INICIAL: 18 AÑOS O MÁS
Restricciones de prescripción	PSICOSIS EN EP: INICIAL: PRESCRITO POR UN NEURÓLOGO, UN GERIATRA O UN ESPECIALISTA EN SALUD CONDUCTUAL (P. EJ., PSIQUIATRA), O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	PSICOSIS EN EP: RENOVACIÓN: MEJORA EN LOS SÍNTOMAS DE PSICOSIS DESDE EL VALOR INICIAL Y DEMOSTRACIÓN DE UNA NECESIDAD CONTINUA DE TRATAMIENTO.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

PIRFENIDONA

Productos afectados

- *Pirfenidona cápsula oral*
- *Pirfenidona comprimido oral 267 mg, 534 mg, 801 mg*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA (IPF): INICIAL: UN PATRÓN DE NEUMONÍA INTERSTICIAL USUAL (UIP) EVIDENCIADA POR TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE ALTA RESOLUCIÓN (TCAR) SOLA O MEDIANTE UNA COMBINACIÓN DE BIOPSIA PULMONAR QUIRÚRGICA Y TCAR.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	IPF: INICIAL: PRESCRITO POR UN NEUMÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	IPF: INICIAL: 1) NO TIENE OTRAS CAUSAS CONOCIDAS DE ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL (P. EJ., ENFERMEDAD DEL TEJIDO CONECTIVO, TOXICIDAD MEDICAMENTOSA, EXPOSICIÓN A ASBESTO O BERILIO, NEUMONITIS POR HIPERSENSIBILIDAD, ESCLEROSIS SISTÉMICA, ARTRITIS REUMATOIDE, RADIOTERAPIA, SARCOIDOSIS, BRONQUIOLITIS OBLITERANTE CON NEUMONÍA ORGANIZATIVA, INFECCIÓN POR VIH, HEPATITIS VÍRICA O CÁNCER). RENOVACIÓN: MEJORA O MANTENIMIENTO CLÍNICO SIGNIFICATIVO EN LA TASA ANUAL DE DESCENSO.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

PIRTOBRUTINIB

Productos afectados

- JAYPIRCA COMPRIMIDO ORAL 100 MG, 50 MG

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

POMALIDOMIDA

Productos afectados

- *Pomalidomida*
- POMALYST

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

PONATINIB

Productos afectados

- ICLUSIG

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA (LMC): EL ANÁLISIS MUTACIONAL PREVIO AL INICIO Y A ICLUSIG ES APROPIADO SEGÚN LA TABLA DE DIRECTRICES DE LA NCCN PARA RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO SEGÚN EL PERFIL DE MUTACIÓN BCR-ABL1.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

SUSPENSIÓN DE POSACONAZOL

Productos afectados

- *Posaconazol oral*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	OPC: 3 MESES. CONTINUACIÓN DE LA TERAPIA TRAS EL ALTA HOSPITALARIA, PROFILAXIS: 6 MESES.
Otros criterios	CANDIDIASIS OROFARÍNGEA (OPC): PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE FLUCONAZOL O ITRACONAZOL. PROFILAXIS DE LA INFECCIÓN INVASIVA POR ASPERGILLUS Y CÁNDIDA: INCAPAZ DE TRAGAR COMPRIMIDOS. LA CONTINUACIÓN DE LA TERAPIA TRAS EL ALTA HOSPITALARIA NO REQUIERE CRITERIOS ADICIONALES.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

POSACONAZOLE COMPRIMIDO

Productos afectados

- *Posaconazol oral*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	CONTINUACIÓN DE LA TERAPIA TRAS EL ALTA HOSPITALARIA, PROFILAXIS: 6 MESES. TRATAMIENTO: 12 SEMANAS.
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

POSACONAZOLE-POWDERMIX

Productos afectados

- NOXAFIL SUSPENSIÓN ORAL, LIBERACIÓN RETARDADA PARA RECONSTITUCIÓN

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	CONTINUACIÓN DE LA TERAPIA TRAS EL ALTA HOSPITALARIA, PROFILAXIS: 6 MESES. TRATAMIENTO: 12 SEMANAS.
Otros criterios	PROFILAXIS DE LA INFECCIÓN INVASIVA POR ASPERGILLUS Y CÁNDIDA: INCAPACIDAD PARA TRAGAR COMPRIMIDOS. LA CONTINUACIÓN DE LA TERAPIA TRAS EL ALTA HOSPITALARIA NO REQUIERE CRITERIOS ADICIONALES. TRATAMIENTO DE LA ASPERGILOSIS INVASIVA: CONTRAINDICACIÓN O INCAPAZ DE TRAGAR COMPRIMIDOS.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

PRALSETINIB

Productos afectados

- GAVRETO

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

PIRIMETAMINA

Productos afectados

- *Pirimetamina*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	TOXOPLASMOSIS: INICIAL: PRESCRITO POR UN ESPECIALISTA EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
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 DE MASA EN ESTUDIOS DE IMAGEN CEREBRAL), O (2) RECUENTO DE CD4 MENOR DE 200 CÉLULAS/MM³ Y ACTUALMENTE RECIBE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL SI ES VIH POSITIVO.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

QUININA

Productos afectados

- *Sulfato de quinina*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

QUIZARTINIB

Productos afectados

- VANFLYTA

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

REGORAFENIB

Productos afectados

- STIVARGA

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

RELACORILANT

Productos afectados
- LIFYORLI

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	RENOVACIÓN: 1) BENEFICIO CLÍNICO DURANTE LA TERAPIA, Y 2) CONTINUACIÓN DE LA TERAPIA CON NAB-PACLITAXEL.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

RELUGOLIX

Productos afectados

- ORGOVYX

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

REPOTRECTINIB

Productos afectados

- AUGTYRO CÁPSULA ORAL 160 MG, 40 MG

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

RESMETIROM

Productos afectados
- REZDIFFRA

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	ESTEATOHEPATITIS NO ALCOHÓLICA (NASH): INICIAL: DIAGNÓSTICO CONFIRMADO MEDIANTE BIOPSIA O PRUEBAS NO INVASIVAS, OBTENIDAS EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, QUE DEMUESTREN: 1) FIBROSIS HEPÁTICA EN ESTADIO 2 O 3, O 2) PUNTUACIÓN DE ACTIVIDAD DE ENFERMEDAD DEL HÍGADO GRASO NO ALCOHÓLICO (NAFLD) DE 4 O MÁS.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	EHNA: INICIAL: PRESCRITO POR UN HEPATÓLOGO, GASTROENTERÓLOGO O ENDOCRINÓLOGO, O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros criterios	EHNA: RENOVACIÓN: SIGUE TENIENDO EHNA NO CIRRÓTICO CON FIBROSIS HEPÁTICA MODERADA A AVANZADA (COMPATIBLE CON FIBROSIS DE ESTADIOS F2 A F3).
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

RETIFANLIMAB-DLWR

Productos afectados

- ZYNYZ

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

REVUMENIB

Productos afectados

- REVUFORJ COMPRIMIDO ORAL 110 MG, 160 MG, 25 MG

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	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 de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

RIBOCICLIB-LETROZOLE

Productos afectados

- KISQALI FEMARA COMPRIMIDO ORAL ENVASE CONJUNTO 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

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

RIFAXIMINA

Productos afectados

- XIFAXAN COMPRIMIDO ORAL 200 MG, 550 MG

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	DIARREA DEL VIAJERO, ENCEFALOPATÍA HEPÁTICA (HE): 12 MESES. SII-D: 8 SEMANAS.
Otros criterios	HE: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE LA TERAPIA CON LACTULOSA O SIMULTÁNEA CON LACTULOSA.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

RILONACEPT

Productos afectados
- ARCALYST

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	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 ELEVADO, ESR, PROTEÍNA AMILOIDE A EN SUERO (SAA) O PROTEÍNAS S100), Y 2) DOS DE LOS SIGUIENTES: ERUPCIÓN SIMILAR A LA URTICARIA (DERMATITIS NEUTROFÍLICA), EPISODIOS DESENCADENADOS POR FRÍO, PÉRDIDA DE AUDICIÓN 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 TIPO PSORIASIS PUSTULAR, OSTEOMIELITIS, AUSENCIA DE OSTEOMIELITIS BACTERIANA, ONICOMADESIS. PERICARDITIS RECURRENTE (RP): DOS DE LOS SIGUIENTES: DOLOR TORÁCICO COMPATIBLE CON PERICARDITIS, FRICCIÓN PERICÁRDICA, ECG QUE MUESTRA ELEVACIÓN DIFUSA DEL SEGMENTO ST O DEPRESIÓN DEL SEGMENTO PR, DERRAME PERICÁRDICO NUEVO O EN EMPEORAMIENTO.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	CAPS, DIRA: TODA LA VIDA. RP: 12 MESES.

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Otros criterios	CAPS: SIN USO CONCOMITANTE CON OTRO AGENTE BIOLÓGICO SISTÉMICO NI MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR DE PDE-4) PARA CAPS. DIRA: 1) SIN USO CONCOMITANTE CON OTRO AGENTE BIOLÓGICO SISTÉMICO O PEQUEÑAS MOLÉCULAS DIRIGIDAS PARA DIRA, Y 2) PRUEBA DEL AGENTE PREFERIDO: KINERET. RP: 1) TUVO UN EPISODIO DE PERICARDITIS AGUDA, 2) SIN SÍNTOMAS DURANTE 4 A 6 SEMANAS Y 3) SIN USO CONCOMITANTE CON OTRO AGENTE BIOLÓGICO SISTÉMICO NI MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS PARA RP.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

RIMEGEPANT

Productos afectados

- NURTEC ODT

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA GRAVE: INICIAL: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UN TRIPTÁN (P. EJ., SUMATRIPTÁN, RIZATRIPTÁN). INICIAL/RENOVACIÓN: SIN USO CONCOMITANTE CON OTROS INHIBIDORES DE CGRP PARA EL TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA GRAVE. RENOVACIÓN: 1) MEJORA RESPECTO AL VALOR INICIAL EN UN CUESTIONARIO VALIDADO DE RESULTADOS REPORTADOS POR PACIENTES CON TRATAMIENTO PARA MIGRAÑA GRAVE, O 2) LA TERAPIA FUNCIONA DE FORMA CONSISTENTE EN LA MAYORÍA DE LOS ATAQUES DE MIGRAÑA. PREVENCIÓN DE LA MIGRAÑA EPISÓDICA: INICIAL/RENOVACIÓN: SIN USO CONCOMITANTE CON OTROS INHIBIDORES DE CGRP PARA LA PREVENCIÓN DE MIGRAÑAS. RENOVACIÓN: REDUCCIÓN DE LA FRECUENCIA DE MIGRAÑAS O CEFALEAS, LA GRAVEDAD O LA DURACIÓN DE LA MIGRAÑA CON TERAPIA.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

RIOCIGUAT

Productos afectados

- ADEMPAS

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	INICIAL: HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR (HAP): DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR CATETERISMO CARDÍACO DERECHO CON LOS SIGUIENTES PARÁMETROS: 1) PRESIÓN ARTERIAL PULMONAR (PAP) MEDIA MAYOR A 20 MMHG, 2) PRESIÓN DE ENCLAVAMIENTO CAPILAR PULMONAR (PCWP) DE 15 MMHG O MENOS, Y 3) RESISTENCIA VASCULAR PULMONAR (RVP) MAYOR A 2 UNIDADES WOOD. HIPERTENSIÓN PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÓNICA PERSISTENTE O RECURRENTE (HPTC) (GRUPO 4 DE LA OMS): SÍNTOMAS FUNCIONALES DE CLASE II-IV DE LA OMS.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	INICIAL: HAP, HPTC: PRESCRITO POR UN CARDIÓLOGO O NEUMÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	INICIAL: HAP: SIN USO CONCOMITANTE CON NITRATOS, DONANTES DE ÓXIDO NÍTRICO, INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA (FDE) O INHIBIDORES NO ESPECÍFICOS DE FDE. HPTC: 1) SIN USO CONCOMITANTE CON NITRATOS, DONANTES DE ÓXIDO NÍTRICO, INHIBIDORES DE PDE O INHIBIDORES NO ESPECÍFICOS DE PDE, Y 2) NO ES CANDIDATO A CIRUGÍA, TIENE HPTC INOPERABLE O TIENE ENFERMEDAD PERSISTENTE O RECURRENTE TRAS EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO. RENOVACIÓN: HAP, HPTC: SIN USO CONCOMITANTE CON NITRATOS, DONANTES DE ÓXIDO NÍTRICO, INHIBIDORES DE PDE O INHIBIDORES NO ESPECÍFICOS DE PDE.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

RIPRETINIB

Productos afectados

- QINLOCK

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

RISANKIZUMAB-RZAA

Productos afectados
- SKYRIZI

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	INICIAL: PSORIASIS EN PLACAS (PSO): PSORIASIS EN PLACAS QUE CUBRE EL 3% O MÁS DEL ÁREA DE SUPERFICIE CORPORAL, O LESIONES PSORIÁTICAS QUE AFECTAN LAS MANOS, LOS PIES, LA CARA, EL CUERO CABELLUDO O EL ÁREA GENITAL.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	INICIAL: PSO: PRESCRITO POR UN DERMATÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO. ARTRITIS PSORIÁSICA (APE): PRESCRITO POR UN REUMATÓLOGO O UN DERMATÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO. ENFERMEDAD DE CROHN (CD), COLITIS ULCEROSA (CU): PRESCRITO POR UN GASTROENTERÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros criterios	INICIAL: PSO: 1) AL MENOS UNA PRUEBA DE 3 MESES CON UN INMUNOSUPRESOR ORAL (CICLOSPORINA, METOTREXATO, TACROLIMUS) O PUVA (FOTOTERAPIA), 2) CONTRAINDICACIÓN O INTOLERANCIA TANTO AL INMUNOSUPRESOR COMO AL PUVA, O 3) EL PACIENTE CAMBIA DE OTRO AGENTE BIOLÓGICO, INHIBIDOR DE PDE-4 O INHIBIDOR DE JAK PARA LA MISMA INDICACIÓN. INICIAL/RENOVACIÓN: TODAS LAS INDICACIONES: SIN USO CONCOMITANTE CON OTRO AGENTE BIOLÓGICO SISTÉMICO NI MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR PDE-4) PARA LA MISMA INDICACIÓN. RENOVACIÓN: PSO, APE: SIGUE BENEFICIÁNDOSE DEL MEDICAMENTO.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Fecha de actualización: 10/23/2026

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

RISDIPLAM

Productos afectados

- EVRYSDI SOLUCIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN
- EVRYSDI COMPRIMIDO ORAL

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	ATROFIA MUSCULAR ESPINAL (SMA): INICIAL: ANÁLISIS DE MUTACIÓN DE UN GEN QUE INDICA MUTACIONES O DELECIONES DE AMBOS ALELOS DEL GEN SMN1 (MOTONEURONA DE SUPERVIVENCIA 1). PARA PACIENTES PRESINTOMÁTICOS: HASTA TRES COPIAS DE LA NEURONA MOTORA DE SUPERVIVENCIA 2 (SMN2) SEGÚN EL CRIBADO NEONATAL.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	SMA: INICIAL: PRESCRITO POR UN ESPECIALISTA EN ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES O UN ESPECIALISTA EN SMA EN UN CENTRO ESPECIALIZADO EN SMA, O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros criterios	SMA: INICIAL: PARA PACIENTES SINTOMÁTICOS: 1) EVALUACIÓN DE LA FUNCIÓN MOTORA INICIAL POR UN ESPECIALISTA NEUROMUSCULAR O ESPECIALISTA EN SMA, Y 2) SI EL PACIENTE RECIBIÓ TERAPIA GÉNICA, EL BENEFICIO CLÍNICO FUE MENOR AL ESPERADO CON LA TERAPIA GÉNICA. RENOVACIÓN: MEJORÓ, MANTUVO O MOSTRÓ UN DESCENSO MENOR DE LO ESPERADO EN: 1) EVALUACIONES DE LA FUNCIÓN MOTORA COMPARADAS CON EL VALOR INICIAL, O 2) OTRAS FUNCIONES MUSCULARES.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

RITUXIMAB E HIALURONIDASA HUMANA-SQ

Productos afectados
- RITUXAN HYCELA

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	LINFOMA FOLICULAR (FL), LINFOMA DIFUSO DE CÉLULAS B GRANDES (DLBCL), LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA (LLC): 1) HA RECIBIDO O RECIBIRÁ AL MENOS UNA DOSIS COMPLETA DE UN PRODUCTO DE RITUXIMAB POR INFUSIÓN INTRAVENOSA ANTES DE INICIAR RITUXIMAB E HIALURONIDASA, Y 2) SIN USO CONCOMITANTE CON OTRO AGENTE BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR PDE-4) PARA LA MISMA INDICACIÓN.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

Fecha de actualización: 10/23/2026

RITUXIMAB-ABBS

Productos afectados

- TRUXIMA

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	INICIAL: ARTRITIS REUMATOIDE (AR): PRESCRITO POR UN REUMATÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UN REUMATÓLOGO. LINFOMA NO HODGKIN (LNH), LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA (LLC): PRESCRITO POR UN ONCÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	AR: INICIAL: 6 MESES, RENOVACIÓN: 12 MESES. NHL, GPA, MPA, PV: 12 MESES. LLC: 6 MESES.
Otros criterios	INICIAL: TODAS LAS INDICACIONES: SIN USO CONCOMITANTE CON OTRO AGENTE BIOLÓGICO SISTÉMICO NI MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR PDE-4) PARA LA MISMA INDICACIÓN. AR: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: HUMIRA/CYLTEZO/YUFLYMA/HADLIMA, XELJANZ, RINVOQ, ORENCIA. RENOVACIÓN: AR: 1) SIGUE BENEFICIÁNDOSE DEL MEDICAMENTO Y 2) SIN USO CONCOMITANTE CON OTRO AGENTE BIOLÓGICO SISTÉMICO O MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS PARA LA MISMA INDICACIÓN.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

ROPEGINTERFERON ALFA-2B-NJFT

Productos afectados

- BESREMI
- PLUMA BESREMI

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	TROMBOCITEMIA ESENCIAL: PRESCRITO POR UN HEMATÓLOGO U ONCÓLOGO, O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	TROMBOCITEMIA ESENCIAL: SIN USO CONCOMITANTE CON OTRO INTERFERÓN NI CON ANAGRELIDA.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

RUCAPARIB

Productos afectados
- RUBRACA

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	CÁNCER DE PRÓSTATA RESISTENTE A LA CASTRACIÓN METASTÁSICO: 1) RECIBIÓ UNA ORQUIECTOMÍA BILATERAL, 2) NIVEL DE CASTRACIÓN DE TESTOSTERONA (ES DECIR, MENOS DE 50 NG/DL), O 3) USO CONCOMITANTE CON UN ANÁLOGO DE LA HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINAS (GNRH).
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

RUXOLITINIB

Productos afectados

- JAKAFI
- JAKAFI XR

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	MIELOFIBROSIS: INICIAL: 6 MESES, RENOVACIÓN: 12 MESES. POLICITEMIA VERA, EICH: 12 MESES
Otros criterios	INICIAL: ENFERMEDAD CRÓNICA DE INJERTO CONTRA HUÉSPED (EICH CRÓNICA): SIN USO CONCOMITANTE CON REZUROCK, NIKTIMVO O IMBRUVICA. RENOVACIÓN: MIELOFIBROSIS: SIGUE BENEFICIÁNDOSE DEL MEDICAMENTO. EICH CRÓNICA: SIN USO CONCOMITANTE CON REZUROCK, NIKTIMVO O IMBRUVICA.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

SAPROPTERINA

Productos afectados

- *Javygtor comprimido oral, soluble*
- *Sapropterina comprimido oral, soluble*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	INICIAL: 2 MESES, RENOVACIÓN 12 MESES.
Otros criterios	HIPERFENILALANINEMIA (HPA): INICIAL: SIN USO CONCOMITANTE CON PALYNZIQ. RENOVACIÓN: 1) SIGUE BENEFICIÁNDOSE DEL TRATAMIENTO Y 2) SIN USO CONCOMITANTE CON PALYNZIQ.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

SARGRAMOSTIM

Productos afectados

- LEUKINE INYECCIÓN, SOLUCIÓN PARA RECONSTITUCIÓN

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	PRESCRITO POR UN HEMATÓLOGO U ONCÓLOGO, O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

SATRALIZUMAB-MWGE

Productos afectados
- ENSPRYNG

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	TRASTORNO DE LA GAMA DE LA NEUROMIELITIS ÓPTICA (NMOSD): INICIAL: PRESCRITO POR UN NEURÓLOGO U OFTALMÓLOGO, O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
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 CEREBRAL, (E) NARCOLEPSIA SINTOMÁTICA O SÍNDROME CLÍNICO AGUDO DIENCEFÁLICO CON LESIONES DIANCEFÁLICAS EN LA RMN TÍPICAS DE NMOSD, O (F) SÍNDROME CEREBRAL SINTOMÁTICO CON LESIONES CEREBRALES TÍPICAS DE NMOSD; Y 2) SIN USO CONCOMITANTE CON OTRO AGENTE PARA NMOSD (P. EJ., RITUXIMAB, INEBILIZUMAB, ECULIZUMAB). RENOVACIÓN: 1) REDUCCIÓN EN LA FRECUENCIA DE RECAÍDAS RESPECTO AL VALOR INICIAL, Y 2) SIN USO CONCOMITANTE CON OTRO AGENTE NMOSD (P. EJ., RITUXIMAB, INEBILIZUMAB, ECULIZUMAB).
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

SECUKINUMAB SQ

Productos afectados

- COSENTYX (2 JERINGAS)
- PLUMA COSENTYX (2 PLUMAS)
- JERINGA SUBCUTÁNEA COSENTYX 75 MG/0.5 ML
- PLUMA COSENTYX UNOREADY

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	INICIAL: PSORIASIS EN PLACAS (PSO): PSORIASIS QUE CUBRE EL 3 POR CIENTO O MÁS DEL ÁREA DE SUPERFICIE CORPORAL O LESIONES PSORIÁSICAS QUE AFECTAN LAS MANOS, LOS PIES, EL ÁREA GENITAL, EL CUERO CABELLUDO O LA CARA. ESPONDILOARTRITIS AXIAL NO RADIOGRÁFICA (NR-AXSPA): 1) NIVELES DE PROTEÍNA C REACTIVA (PCR) POR ENCIMA DEL LÍMITE SUPERIOR DE LO NORMAL, O 2) SACROILEÍTIS EN LA IMAGEN POR RESONANCIA MAGNÉTICA (RMN).
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	INICIAL: PSO, HIDRADENITIS SUPURATIVA (HS): PRESCRITO POR UN DERMATÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO. ARTRITIS PSORIÁSICA (APE): PRESCRITO POR UN REUMATÓLOGO O UN DERMATÓLOGO, O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO. ESPONDILITIS ANQUILOSANTE (EA), NR-AXSPA, ARTRITIS RELACIONADA CON LA ENTESITIS (ERA): PRESCRITO POR UN REUMATÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UN REUMATÓLOGO.
Duración de la cobertura	INICIAL: HS: 12 MESES, TODOS LOS DEMÁS INDICIOS: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	INICIAL: PSO: 1) AL MENOS UNA PRUEBA DE 3 MESES CON UN INMUNOSUPRESOR ORAL (CICLOSPORINA, METOTREXATO, TACROLIMUS) O PUVA (FOTOTERAPIA), 2) CONTRAINDICACIÓN O INTOLERANCIA TANTO AL INMUNOSUPRESOR COMO AL PUVA, O 3) EL PACIENTE CAMBIA DE OTRO AGENTE BIOLÓGICO, INHIBIDOR DE PDE-4 O INHIBIDOR DE JAK PARA LA MISMA INDICACIÓN. EA, NR-

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
	AXSPA: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UN AINE. ERA: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UN AINE, SULFASALAZINA O METOTREXATO. INICIAL/RENOVACIÓN: TODAS LAS INDICACIONES: SIN USO CONCOMITANTE CON OTRO AGENTE BIOLÓGICO SISTÉMICO NI MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR PDE-4) PARA LA MISMA INDICACIÓN. RENOVACIÓN: TODAS LAS INDICACIONES: SIGUE BENEFICIÁNDOSE DEL MEDICAMENTO.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

SELADELPAR

Productos afectados
- LIVDELZI

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	COLANGITIS BILIAR PRIMARIA (PBC): INICIAL: DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR DOS DE LOS SIGUIENTES CRITERIOS: 1) NIVEL ELEVADO DE FOSFATASA ALCALINA, 2) PRESENCIA DE ANTICUERPOS ANTIMITOCONDRIALES O DE OTROS AUTOANTICUERPOS ESPECÍFICOS DE PBC, INCLUIDOS SP100 O GP210, SI LA AMA ES NEGATIVA, O 3) EVIDENCIA HISTOLÓGICA (OBTENIDA MEDIANTE BIOPSIA DE HÍGADO) DE COLANGITIS DESTRUCTIVA NO SUPURATIVA Y DESTRUCCIÓN DE LOS CONDUCTOS BILIARES INTERLOBULARES.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	PBC: INICIAL: PRESCRITO POR UN GASTROENTERÓLOGO O HEPATÓLOGO, O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	PBC: INICIAL: 1) SIN USO CONCOMITANTE CON OTRA TERAPIA DE SEGUNDA LÍNEA PARA PBC, 2) USO EN COMBINACIÓN CON URSODIOL SI HAY UNA RESPUESTA INSUFICIENTE TRAS EL TRATAMIENTO CON URSODIOL EN MONOTERAPIA DURANTE AL MENOS 1 AÑO, O USO COMO MONOTERAPIA SI NO SE TOLERA URSODIOL, 3) NO PRESENTA CIRROSIS DESCOMPENSADA (CHILD-PUGH B O C), Y 4) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE 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 DEL MEDICAMENTO Y 2) SIN USO CONCOMITANTE CON OTRA TERAPIA DE SEGUNDA LÍNEA PARA LA PBC.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Fecha de actualización: 10/23/2026

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

SELEXIPAG

Productos afectados

- UPTRAVI COMPRIMIDO ORAL 1,000 MCG, 1,200 MCG, 1,400 MCG, 1,600 MCG, 100 MCG, 150 MCG, 200 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG
- UPTRAVI COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DE DOSIS

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR (HAP): INICIAL: DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR CATETERISMO CARDÍACO DERECHO CON LOS SIGUIENTES PARÁMETROS: 1) PRESIÓN ARTERIAL PULMONAR (PAP) MEDIA MAYOR A 20 MMHG, 2) PRESIÓN DE ENCLAVAMIENTO CAPILAR PULMONAR (PCWP) DE 15 MMHG O MENOS, Y 3) RESISTENCIA VASCULAR PULMONAR (RVP) MAYOR A 2 UNIDADES WOOD.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	HAP: INICIAL: PRESCRITO POR UN CARDIÓLOGO O NEUMÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros criterios	HAP: INICIAL: 18 AÑOS O MÁS: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UNO DE LOS SIGUIENTES AGENTES: 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 HAP, 3) VERSIÓN DEL FORMULARIO DE UN ESTIMULADOR ORAL DE CGMP.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No

Fecha de actualización: 10/23/2026

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Se requiere terapia previa	Sí

SELINEXOR

Productos afectados

- XPOVIO COMPRIMIDO ORAL 100 MG/SEMANA (50 MG X 2), 40 MG/SEMANA (10 MG X 4), 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/SEMANA (80 MG X 1), 80 MG DOS VECES POR SEMANA (160 MG/SEMANA)

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

SELPERCATINIB

Productos afectados

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

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

SELUMETINIB

Productos afectados

- KOSELUGO CÁPSULA ORAL 10 MG, 25 MG
- KOSELUGO CÁPSULA ORAL, ESPOLVOREAR 5 MG, 7.5 MG

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

SEVABERTINIB

Productos afectados

- HYRNUO

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

SILDENAFILO COMPRIMIDO

Productos afectados

- *Sildenafilo comprimido oral (hipertensión pulmonar)*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR (HAP): INICIAL: MAYORES DE 18 AÑOS: DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR CATETERISMO CARDÍACO DERECHO CON LOS SIGUIENTES PARÁMETROS: 1) PRESIÓN ARTERIAL PULMONAR (PAP) MEDIA MAYOR A 20 MMHG, 2) PRESIÓN DE ENCLAVAMIENTO CAPILAR PULMONAR (PCWP) DE 15 MMHG O MENOS, Y 3) RESISTENCIA VASCULAR PULMONAR (RVP) MAYOR A 2 UNIDADES WOOD. EDADES DE 1 A 17 AÑOS: DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR CATETERISMO CARDÍACO DERECHO CON LOS SIGUIENTES PARÁMETROS: 1) PAP MEDIA MAYOR DE 20 MMHG, 2) PCWP DE 15 MMHG O MENOS, Y 3) PVR DE 3 UNIDADES WOOD O MAYOR.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	HAP: INICIAL: PRESCRITO POR UN CARDIÓLOGO O NEUMÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	HAP: INICIAL/RENOVACIÓN: 1) NO TOMAR SIMULTÁNEAMENTE NI DE FORMA INTERMITENTE AGENTES ORALES PARA LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL (P. EJ., CIALIS, VIAGRA) NI NITRATOS ORGÁNICOS EN NINGUNA FORMA, Y 2) SIN USO CONCOMITANTE CON ESTIMULADORES DE GUANILATO CICLASA.
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de indicación	

Fecha de actualización: 10/23/2026

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

SIPONIMOD

Productos afectados

- MAYZENT COMPRIMIDO ORAL 0.25 MG, 1 MG, 2 MG
- MAYZENT KIT DE INICIO (PARA MANTENIMIENTO DE 1MG)
- MAYZENT KIT DE INICIO (PARA MANTENIMIENTO DE 2MG)

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

SIROLIMUS UNIDO A PROTEÍNAS

Productos afectados

- FYARRO

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

OXIBATO DE SODIO-XYREM

Productos afectados

- *Oxibato de sodio*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	INICIAL: CATAPLEJÍA EN LA NARCOLEPSIA, SOMNOLENCIA DIURNA EXCESIVA (EDS) EN LA NARCOLEPSIA: PRESCRITO POR UN NEURÓLOGO, PSIQUIATRA O ESPECIALISTA EN MEDICINA DEL SUEÑO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO
Duración de la cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros criterios	INICIAL: EDS EN NARCOLEPSIA: 1) SIN USO CONCOMITANTE CON UN AGENTE HIPNÓTICO SEDANTE, Y 2) PERSONAS DE 18 AÑOS O MÁS. PRUEBA, FRACASO O CONTRAINDICACIÓN DE UNA VERSIÓN DEL FORMULARIO DE MODAFINIL, ARMODAFINILO O SUNOSI Y UN ESTIMULANTE GENÉRICO INDICADOS PARA EL EDS EN LA NARCOLEPSIA. CATAPLEJÍA EN LA NARCOLEPSIA: SIN USO CONCOMITANTE CON UN AGENTE SEDANTE HIPNÓTICO. RENOVACIÓN: CATAPLEJÍA EN NARCOLEPSIA, EDS EN NARCOLEPSIA: 1) MEJORA SOSTENIDA DE LOS SÍNTOMAS EN COMPARACIÓN CON EL ESTADO INICIAL Y 2) SIN USO CONCOMITANTE CON UN AGENTE SEDANTE HIPNÓTICO.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

FENILBUTIRATO DE SODIO COMPRIMIDOS

Productos afectados

- *Comprimido oral de fenilbutirato de sodio*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	TRASTORNO DEL CICLO DE LA UREA (UCD): INICIAL: LA CD SE CONFIRMA MEDIANTE PRUEBAS ENZIMÁTICAS, BIOQUÍMICAS O PRUEBAS GENÉTICAS.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	UCD: RENOVACIÓN: BENEFICIO CLÍNICO DESDE EL VALOR INICIAL.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

SOFOSBUVIR/VELPATASVIR

Productos afectados

- EPCLUSA PELLETS ORALES EN SOBRE 150-37.5 MG, 200-50 MG
- EPCLUSA COMPRIMIDO ORAL

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	NIVEL DE ARN DEL VHC EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	SE APLICARÁN CRITERIOS DE ACUERDO CON LAS DIRECTRICES ACTUALES DE AASLD/IDSA.
Otros criterios	1) SE APLICARÁN CRITERIOS DE ACUERDO CON LAS DIRECTRICES ACTUALES DE AASLD/IDSA, 2) SIN USO CONCOMITANTE DE NINGUNO DE LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS. AMIODARONA, CARBAMAZEPINA, FENITOÍNA, FENOBARBITAL, OXCARBAZEPINA, RIFAMPINA, RIFABUTINA, RIFAPENTINA, RÉGIMEN DE VIH QUE CONTIENE EFAVIRENZ, ROSUVASTATINA EN DOSIS SUPERIORES A 10MG, TIPRANAVIR/RITONAVIR, TOPOTECAN, SOVALDI (COMO AGENTE ÚNICO), HARVONI, ZEPATIER, MAVYRET O VOSEVI, Y 3) LOS PACIENTES CON CIRROSIS DESCOMPENSADA REQUIEREN RIBAVIRINA SIMULTÁNEA SALVO QUE LA RIBAVIRINA NO SEA ELEGIBLE.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Se requiere terapia previa	No

SOFOSBUVIR/VELPATASVIR/VOXILAPREVIR

Productos afectados

- VOSEVI

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	NIVEL DE ARN DEL VHC EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	SE APLICARÁN CRITERIOS DE ACUERDO CON LAS DIRECTRICES ACTUALES DE AASLD/IDSA.
Otros criterios	1) SE APLICARÁN CRITERIOS DE ACUERDO CON LAS DIRECTRICES ACTUALES DE AASLD/IDSA, 2) SIN USO CONCOMITANTE DE NINGUNO DE LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS. AMIODARONA, CARBAMAZEPINA, FENITOÍNA, FENOBARBITAL, OXCARBAZEPINA, RIFAMPICINA, RIFABUTINA, RIFAPENTINA, CICLOSPORINA, PITAVASTATINA, PRAVASTATINA (DOSIS SUPERIORES A 40MG), ROSUVASTATINA, METOTREXATO, MITOXANTRONA, IMATINIB, IRINOTECÁN, LAPATINIB, SULFASALAZINA, TOPOTECÁN, O UN RÉGIMEN PARA EL VIH QUE CONTENGA EFAVIRENZ, ATAZANAVIR, LOPINAVIR, TIPRANAVIR/RITONAVIR, SOVALDI (COMO AGENTE ÚNICO), EPCLUSA, HARVONI, ZEPATIER O MAVYRET, Y 3) NO PRESENTA DETERIORO HEPÁTICO MODERADO O GRAVE (CHILD-PUGH B O C).
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

SOMATROPINA - NORDITROPIN

Productos afectados

- NORDITROPIN FLEXPRO

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	INICIAL/RENOVACIÓN: MEJORA ATLÉTICA, FINES ANTIENVEJECIMIENTO.
Información médica requerida	INICIAL: DEFICIENCIA PEDIÁTRICA DE HORMONA DEL CRECIMIENTO (GHD), ESTATURA CORTA IDIOPÁTICA (ISS), PEQUEÑO PARA LA EDAD GESTACIONAL (SGA), SÍNDROME DE NOONAN: ALTURA AL MENOS 2 DESVIACIONES ESTÁNDAR POR DEBAJO DE LA ALTURA MEDIA PARA NIÑOS DE LA MISMA EDAD Y GÉNERO. SÍNDROME DE TURNER (TS): CONFIRMADO POR ANÁLISIS CROMOSÓMICO (CARIOTIPIFICACIÓN). SÍNDROME DE PRADER-WILLI (PWS): DIAGNÓSTICO GENÉTICO CONFIRMADO DE PWS. GHD EN ADULTOS: 1) TIENE UNA ENFERMEDAD CONGÉNITA, GENÉTICA U ORGÁNICA (P. EJ., CRANEOFARINGIOMA, HIPOPLASIA HIPOFISARIA, HIPÓFISIS POSTERIOR ECTÓPICA, IRRADIACIÓN CRANEAL PREVIA), O 2) GHD CONFIRMADA MEDIANTE UNA DE LAS SIGUIENTES PRUEBAS DE ESTIMULACIÓN CON HORMONA DEL CRECIMIENTO (HC): (A) PRUEBA DE TOLERANCIA A LA INSULINA (PICO DE HC DE 5 NG/ML O MENOS); (B) PRUEBA DE ESTIMULACIÓN CON GLUCAGÓN (UNA DE LAS SIGUIENTES): (I) RESPUESTA MÁXIMA DE 3 NG/ML O MENOS E IMC INFERIOR A 25 KG/M2, (II) RESPUESTA MÁXIMA DE 3 NG/ML O MENOS E IMC ENTRE 25 Y 30 KG/M2 CON PROBABILIDAD PREVIA A LA PRUEBA, (III) RESPUESTA MÁXIMA DE 1 NG/ML O MENOS E IMC ENTRE 25 Y 30 KG/M2 CON BAJA PROBABILIDAD DE PRUEBA, O (IV) RESPUESTA MÁXIMA DE 1 NG/ML O MENOS Y UN IMC SUPERIOR A 30 KG/M2); O (C) PRUEBA DE MACIMORELINA (GH PICO DE 2.8 NG/ML O MENOR).
Restricciones de edad	SGA: 2 AÑOS O MÁS.
Restricciones de prescripción	INICIAL/RENOVACIÓN: TODAS LAS INDICACIONES: PRESCRITO POR UN ENDOCRINÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	INICIAL: GHD PEDIÁTRICA, ISS, SGA, TS, SÍNDROME DE NOONAN: EPÍFISIS ABIERTAS CONFIRMADAS MEDIANTE RADIOGRAFÍA DE MUÑECA Y MANO. INICIAL/RENOVACIÓN: GHD EN ADULTOS, GHD PEDIÁTRICOS, SGA, TS, PWS, SÍNDROME DE NOONAN: SIN USO CONCOMITANTE CON INCRELEX. RENOVACIÓN: ISS: 1) MEJORA DURANTE LA TERAPIA (AUMENTO DE LA ALTURA O MAYOR VELOCIDAD DE CRECIMIENTO) Y 2) EPÍFISIS ABIERTAS CONFIRMADAS POR RADIOGRAFÍA DE LA MUÑECA Y LA MANO. GHD, SGA, TS, SÍNDROME DE NOONAN PEDIÁTRICOS: 1) MEJORA DURANTE LA TERAPIA (AUMENTO DE LA ALTURA O MAYOR VELOCIDAD DE CRECIMIENTO), Y 2) EPÍFISIS ABIERTAS CONFIRMADAS POR RADIOGRAFÍA DE LA MUÑECA Y LA MANO O QUE NO HA COMPLETADO EL CRECIMIENTO PREPUBERTAL. PWS: MEJORA EN LA COMPOSICIÓN CORPORAL.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

SOMATROPIN - SEROSTIM

Productos afectados

- SEROSTIM SOLUCIÓN PARA RECONSTITUCIÓN SUBCUTÁNEA 4 MG, 5 MG, 6 MG

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	INICIAL/RENOVACIÓN: MEJORA ATLÉTICA, FINES ANTIENVEJECIMIENTO
Información médica requerida	INICIAL: VIH/CONSUNCIÓN: UNA DE LAS SIGUIENTES PARA LA PÉRDIDA DE PESO: 1) PÉRDIDA DE PESO NO INTENCIONAL DEL 10% EN 12 MESES O PÉRDIDA DE PESO DEL 5% EN 6 MESES, 2) PÉRDIDA DEL 5% DE MASA CELULAR CORPORAL (MCC) EN 6 MESES, 3) MCC INFERIOR AL 35% (HOMBRES) DEL PESO CORPORAL TOTAL E ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) INFERIOR A 27 KG POR METRO CUADRADO, 4) MCC INFERIOR AL 23% (MUJERES) DEL PESO CORPORAL TOTAL E ÍNDICE DE MASA CORPORAL INFERIOR A 27 KG POR METRO CUADRADO, O 5) ÍNDICE DE MASA CORPORAL INFERIOR A 20 KG POR METRO CUADRADO.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	VIH/CONSUNCIÓN: INICIAL: PRESCRITO POR UN GASTROENTERÓLOGO, ESPECIALISTA EN APOYO NUTRICIONAL O ESPECIALISTA EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS, O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 9 MESES.
Otros criterios	VIH/CONSUNCIÓN: RENOVACIÓN: 1) BENEFICIO CLÍNICO EN LA MASA MUSCULAR Y EL PESO.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

SONIDEGIB

Productos afectados

- ODOMZO

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	CARCINOMA BASOCELULAR LOCALMENTE AVANZADO (BCC): NIVELES INICIALES DE CREATINA QUINASA (CK) Y CREATININA EN SUERO
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

SONROTOCLAX

Productos afectados

- BEQALZI
- BEQALZI PAQUETE INICIAL

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

SORAFENIB

Productos afectados

- *Sorafenib*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

SOTATERCEPT-CSRK

Productos afectados
- WINREVAIR

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR (HAP): INICIAL: DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR CATETERISMO CARDÍACO DERECHO CON LOS SIGUIENTES PARÁMETROS: 1) PRESIÓN ARTERIAL PULMONAR (PAP) MEDIA MAYOR A 20 MMHG, 2) PRESIÓN DE ENCLAVAMIENTO CAPILAR PULMONAR (PCWP) DE 15 MMHG O MENOS, Y 3) RESISTENCIA VASCULAR PULMONAR (RVP) MAYOR A 2 UNIDADES WOOD.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	HAP: INICIAL: PRESCRITO POR UN CARDIÓLOGO O NEUMÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	HAP: INICIAL: 1) TERAPIA DE HAP DE FONDO (DURANTE AL MENOS 3 MESES) CON AL MENOS DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES DE DIFERENTES CLASES DE FÁRMACOS: A) ANTAGONISTA ORAL DEL RECEPTOR DE ENDOTELINA, B) INHIBIDOR ORAL DE LA FOSFODIESTERASA TIPO 5 PARA HAP, C) ESTIMULADOR ORAL DE CGMP, D) PROSTACICLINA INTRAVENOSA/SUBCUTÁNEA; O 2) EN TRATAMIENTO CON UN AGENTE DE UNA DE LAS CLASES DE FÁRMACOS ANTERIORES Y PRESENTA CONTRAINDICACIÓN O INTOLERANCIA A TODAS LAS DEMÁS CLASES DE FÁRMACOS.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

SOTORASIB

Productos afectados

- LUMAKRAS COMPRIMIDO ORAL 120 MG, 240 MG, 320 MG

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

STIRIPENTOL

Productos afectados

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

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	SÍNDROME DE DRAVET: INICIAL: PRESCRITO POR UN NEURÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UN NEURÓLOGO.
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

SUNITINIB

Productos afectados

- *Sunitinib malate*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	TUMORES ESTROMALES GASTROINTESTINALES (GIST): PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE IMATINIB.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

TADALAFIL - ADCIRCA, ALYQ

Productos afectados

- *Alyq*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR (HAP): INICIAL: DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR CATETERISMO CARDÍACO DERECHO CON LOS SIGUIENTES PARÁMETROS: 1) PRESIÓN ARTERIAL PULMONAR (PAP) MEDIA MAYOR A 20 MMHG, 2) PRESIÓN DE ENCLAVAMIENTO CAPILAR PULMONAR (PCWP) DE 15 MMHG O MENOS, Y 3) RESISTENCIA VASCULAR PULMONAR (RVP) MAYOR A 2 UNIDADES WOOD.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	HAP: INICIAL: PRESCRITO POR UN CARDIÓLOGO O NEUMÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	HAP: INICIAL/RENOVACIÓN: 1) NO TOMAR SIMULTÁNEAMENTE NI DE FORMA INTERMITENTE AGENTES ORALES PARA LA DISFUNCIÓN ERÉCTIL (P. EJ., CIALIS, VIAGRA) NI NITRATOS ORGÁNICOS EN NINGUNA FORMA, Y 2) SIN USO CONCOMITANTE CON ESTIMULADORES DE GUANILATO CICLASA.
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

TADALAFIL-CIALIS

Productos afectados

- *Tadalafil comprimido oral 2.5 mg, 5 mg*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	DISFUNCIÓN ERÉCTIL SIN DIAGNÓSTICO DE HIPERPLASIA BENIGNA DE PRÓSTATA (HPB).
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	HPB: 1) PRUEBA DE UN BLOQUEADOR ALFA (P. EJ., DOXAZOSINA, TERAZOSINA, TAMSULOSINA, ALFUZOSINA) Y 2) PRUEBA DE UN INHIBIDOR DE LA 5-ALFA-REDUCTASA (P. EJ., FINASTERIDA, DUTASTERIDA). APLICA SOLO A CONCENTRACIONES DE 2.5MG Y 5MG
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

TAFAMIDIS

Productos afectados
- VYNDAMAX

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	CARDIOMIOPATÍA ASOCIADA CON AMILOIDOSIS MEDIADA POR TRANSTIRETINA DE TIPO SALVAJE O HEREDITARIA (ATTR-CM): INICIAL: 1) INSUFICIENCIA CARDÍACA CLASE I, II O III DE LA NEW YORK HEART ASSOCIATION (NYHA), Y 2) DIAGNÓSTICO CONFIRMADO MEDIANTE (A) GAMMAGRAFÍA ÓSEA (ESCINTIGRAFÍA) FUERTEMENTE POSITIVA PARA LA CAPTACIÓN MIOCÁRDICA DE TC-99M-PYP, O (B) BIOPSIA DE TEJIDO DE LOS ÓRGANOS AFECTADOS (SITIOS CARDÍACOS Y POSIBLEMENTE NO CARDÍACOS) QUE DEMUESTRE LA PRESENCIA DE AMILOIDE Y TIPIFICACIÓN QUÍMICA PARA CONFIRMAR LA PRESENCIA DE LA PROTEÍNA TRANSTIRETINA (TTR).
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	ATTR-CM: INICIAL: PRESCRITO POR UN CARDIÓLOGO, ESPECIALISTA EN ATTR O GENETISTA MÉDICO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros criterios	ATTR-CM: INICIAL/RENOVACIÓN: SIN USO CONCOMITANTE CON OTROS ESTABILIZADORES TTR DE ATR-CM (P. EJ., ACORAMIDIS)
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Se requiere terapia previa	No

TALAZOPARIB

Productos afectados
- TALZENNA

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	CÁNCER DE MAMA AVANZADO O METASTÁSICO: 1) HA SIDO TRATADO CON QUIMIOTERAPIA EN EL ENTORNO NEOADYUVANTE, ADYUVANTE O METASTÁSICO, Y 2) SI SE TRATA DE CÁNCER DE MAMA POSITIVO PARA RECEPTORES HORMONALES (HR), HA RECIBIDO TRATAMIENTO PREVIO CON TERAPIA ENDOCRINA O SE CONSIDERA INAPROPIADO PARA TERAPIA. CÁNCER DE PRÓSTATA RESISTENTE A LA CASTRACIÓN METASTÁSICO: 1) RECIBIÓ UNA ORQUIECTOMÍA BILATERAL, 2) NIVEL DE CASTRACIÓN DE TESTOSTERONA (ES DECIR, MENOS DE 50 NG/DL), O 3) USO CONCOMITANTE CON UN ANÁLOGO DE LA HORMONA LIBERADORA DE GONADOTROPINAS (GNRH).
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Se requiere terapia previa	Sí

TALETRECTINIB

Productos afectados

- IBTROZI

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

TALQUETAMAB-TGVS

Productos afectados

- TALVEY

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

TARLATAMAB-DLLE

Productos afectados

- IMDELLTRA

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

TASIMELTEON

Productos afectados

- HETLIOZ LQ
- *Tasimelteon*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	TODA LA VIDA
Otros criterios	TRASTORNO DEL RITMO SUEÑO-VIGILIA DIFERENTE DE 24 HORAS: INSENSIBLE A LA LUZ O PRESENTA CEGUERA TOTAL.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

TEBENTAFUSP-TEBN

Productos afectados

- KIMMTRAK

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

TECLISTAMAB-CQYV

Productos afectados
- TECVAYLI

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

TEDUGLUTIDA

Productos afectados

- GATTEX 30-VIAL

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	SÍNDROME DEL INTESTINO CORTO (SBS): INICIAL/RENOVACIÓN: PRESCRITO POR UN GASTROENTERÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO
Duración de la cobertura	INICIAL: 6 MESES, RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros criterios	SBS: INICIAL: DEPENDE DE LA NUTRICIÓN PARENTERAL INTRAVENOSA. RENOVACIÓN: 1) REDUCCIÓN DEL SOPORTE PARENTERAL EN COMPARACIÓN CON EL ESTADO INICIAL, Y 2) NO HA ALCANZADO AUTONOMÍA ENTERAL.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

TELISOTUZUMAB VEDOTIN-TLLV

Productos afectados
- EMRELIS

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

TELOTRISTAT

Productos afectados

- XERMELO

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	DIARREA DEL SÍNDROME CARCINOIDE: PRESCRITO POR UN ONCÓLOGO O GASTROENTERÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

TEPOTINIB

Productos afectados

- TEPMETKO

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

TERIFLUNOMIDA

Productos afectados

- *Teriflunomida*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

TERIPARATIDA

Productos afectados

- *Teriparatida pluma subcutánea 20 mcg/dosis (560 mcg/2.24 ml)*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	24 MESES
Otros criterios	OSTEOPOROSIS: NO HA RECIBIDO UN TOTAL DE 24 MESES ACUMULADOS DE TRATAMIENTO CON NINGUNA 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.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

TESAMORELIN

Productos afectados

- EGRIFTA SV
- EGRIFTA WR

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

TESTOSTERONA

Productos afectados

- *Gel transdérmico de testosterona en bomba de dosis dosificada 12.5 mg/1.25 gramos (1%), 20.25 mg/1.25 gramos (1.62%)*
- *Gel transdérmico de testosterona en sobre, 1% (25 mg/2.5 gramos), 1% (50 mg/5 gramos)*
- *Solución transdérmica de testosterona en bomba dosificada con aplicación*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	HIPOGONADISMO MASCULINO: INICIAL: CONFIRMADO POR: 1) AL MENOS DOS NIVELES TOTALES DE TESTOSTERONA EN SUERO INFERIORES A 300 NG/DL TOMADOS EN OCASIONES SEPARADAS, O 2) NIVEL DE TESTOSTERONA EN SUERO LIBRE INFERIOR A 5 NG/DL.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
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 (APE) PARA EL CRIBADO DE CÁNCER DE PRÓSTATA. RENOVACIÓN: 1) 40 AÑOS O MÁS: EL APE HA SIDO EVALUADO PARA EL CRIBADO DE CÁNCER DE PRÓSTATA, Y 2) MEJORÓ LOS SÍNTOMAS EN COMPARACIÓN CON EL NIVEL INICIAL Y LA TOLERANCIA AL TRATAMIENTO.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No

Fecha de actualización: 10/23/2026

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Se requiere terapia previa	No

CIPIONATO DE TESTOSTERONA - DEPO

Productos afectados

- *Cipionato de testosterona*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	HIPOGONADISMO MASCULINO: INICIAL: CONFIRMADO POR: 1) AL MENOS DOS NIVELES TOTALES DE TESTOSTERONA EN SUERO INFERIORES A 300 NG/DL TOMADOS EN OCASIONES SEPARADAS, O 2) NIVEL DE TESTOSTERONA EN SUERO LIBRE INFERIOR A 5 NG/DL.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
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 (APE) PARA EL CRIBADO DE CÁNCER DE PRÓSTATA. RENOVACIÓN: 1) 40 AÑOS O MÁS: EL APE HA SIDO EVALUADO PARA EL CRIBADO DE CÁNCER DE PRÓSTATA, Y 2) MEJORÓ LOS SÍNTOMAS EN COMPARACIÓN CON EL NIVEL INICIAL Y LA TOLERANCIA AL TRATAMIENTO.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

Fecha de actualización: 10/23/2026

ENANTATO DE TESTOSTERONA

Productos afectados

- *Enantato de testosterona*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	HIPOGONADISMO MASCULINO: INICIAL: CONFIRMADO POR: 1) AL MENOS DOS NIVELES TOTALES DE TESTOSTERONA EN SUERO INFERIORES A 300 NG/DL TOMADOS EN OCASIONES SEPARADAS, O 2) NIVEL DE TESTOSTERONA EN SUERO LIBRE INFERIOR A 5 NG/DL.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: PUBERTAD RETARDADA MASCULINA: 6 MESES, HIPOGONADISMO MASCULINO: 12 MESES. OTRAS INDICACIONES: 12 MESES.
Otros criterios	INICIAL: HIPOGONADISMO MASCULINO: 1) 40 AÑOS O MÁS: SE HA EVALUADO EL ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO (APE) PARA EL CRIBADO DE CÁNCER DE PRÓSTATA. RENOVACIÓN: HIPOGONADISMO MASCULINO: 1) 40 AÑOS O MÁS: EL APE HA SIDO EVALUADO PARA EL CRIBADO DE CÁNCER DE PRÓSTATA, Y 2) MEJORÓ LOS SÍNTOMAS EN COMPARACIÓN CON EL NIVEL INICIAL Y LA TOLERANCIA AL TRATAMIENTO. PUBERTAD RETARDADA MASCULINA: NO HA RECIBIDO MÁS DE DOS TRATAMIENTOS DE REEMPLAZO DE TESTOSTERONA DE 6 MESES CADA UNO
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Se requiere terapia previa	No

TETRABENAZINA

Productos afectados

- *Tetrabenazina*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	ENFERMEDAD DE HUNTINGTON: PRESCRITO POR UN NEURÓLOGO O ESPECIALISTA EN TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

TEZACAFTOR/IVACAFTOR

Productos afectados
- SYMDEKO

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	FIBROSIS QUÍSTICA (FQ): INICIAL: PRESCRITO POR UN NEUMÓLOGO O UN EXPERTO EN FIBROSIS QUÍSTICA, O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO
Duración de la cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: TODA LA VIDA
Otros criterios	FQ: INICIAL: SIN USO CONCOMITANTE CON OTRO MODULADOR DEL REGULADOR DE LA CONDUCTANCIA TRANSMEMBRANA DE LA FIBROSIS QUÍSTICA (CFTR). RENOVACIÓN: 1) MEJORA DEL ESTADO CLÍNICO Y 2) SIN USO CONCOMITANTE CON OTRO MODULADOR CFTR.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

TALIDOMIDA

Productos afectados

- CÁPSULA ORAL DE TALÓMIDES 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

TISLELIZUMAB-JSGR

Productos afectados

- TEVIMBRA

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

TISOTUMAB VEDOTIN-TFTV

Productos afectados

- TIVDAK

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

TIVOZANIB

Productos afectados

- FOTIVDA

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

TOCILIZUMAB-AAZG IV

Productos afectados

- TYENNE

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	ENFERMEDAD POR CORONAVIRUS 2019 (COVID-19) EN PACIENTES HOSPITALIZADOS
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	INICIAL: ARTRITIS REUMATOIDE (AR), ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL POLIARTICULAR (AIJP): PRESCRITO POR UN REUMATÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UN REUMATÓLOGO. ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL SISTÉMICA (AIJS): PRESCRITO POR UN REUMATÓLOGO, DERMATÓLOGO O INMUNÓLOGO, O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	INICIAL: RA, AIJP, AIJS, GCA: 6 MESES. CRS: 1 MES. RENOVACIÓN: RA, AIJP, AIJS, GCA: 12 MESES.
Otros criterios	INICIAL: TODAS LAS INDICACIONES: SIN USO CONCOMITANTE CON OTRO AGENTE BIOLÓGICO SISTÉMICO NI MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR PDE-4) PARA LA MISMA INDICACIÓN. AR: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: HUMIRA/CYLTEZO/YUFLYMA/HADLIMA, XELJANZ, RINVOQ, ORENCIA. ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES (GCA): 1) HA COMPLETADO, INICIADO O PRONTO INICIARÁ UN CICLO DE REDUCCIÓN PROGRESIVA DE GLUCOCORTICOIDES, 2) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE AGENTE PREFERIDO. RINVOQ. AIJP: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: HUMIRA/CYLTEZO/YUFLYMA/HADLIMA, XELJANZ IR, ORENCIA, RINVOQ. RENOVACIÓN: RA, AIJP, AIJS: 1) SIGUE BENEFICIÁNDOSE DEL MEDICAMENTO Y 2) SIN USO CONCOMITANTE CON OTRO AGENTE BIOLÓGICO SISTÉMICO O

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
	MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS PARA LA MISMA INDICACIÓN. GCA: SIN USO CONCOMITANTE CON OTRO BIOLÓGICO SISTÉMICO NI MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS PARA LA MISMA INDICACIÓN.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

TOCILIZUMAB-AAZG SQ

Productos afectados

- TYENNE
- TYENNE AUTOINJECTOR

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	INICIAL: ARTRITIS REUMATOIDE (AR), ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL POLIARTICULAR (AIJP): PRESCRITO POR UN REUMATÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UN REUMATÓLOGO. ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL SISTÉMICA (AIJS): PRESCRITO POR UN REUMATÓLOGO, DERMATÓLOGO O INMUNÓLOGO, O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros criterios	INICIAL: AR: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: HUMIRA/CYLTEZO/YUFLYMA/HADLIMA, XELJANZ, RINVOQ, ORENCIA. ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES (GCA): 1) HA COMPLETADO, INICIADO O PRONTO INICIARÁ UN CICLO DE REDUCCIÓN PROGRESIVA DE GLUCOCORTICOIDES, 2) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE AGENTE PREFERIDO. RINVOQ. AIJP: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: HUMIRA/CYLTEZO/YUFLYMA/HADLIMA, XELJANZ IR, ORENCIA, RINVOQ. INICIAL/RENOVACIÓN: TODAS LAS INDICACIONES: SIN USO CONCOMITANTE CON OTRO AGENTE BIOLÓGICO SISTÉMICO NI MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR PDE-4) PARA LA MISMA INDICACIÓN. RENOVACIÓN: RA, AIJP, AIJS: SIGUE BENEFICIÁNDOSE DEL MEDICAMENTO.

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

TOFACITINIB

Productos afectados

- *Tofacitinib*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	INICIAL: ARTRITIS REUMATOIDE (AR), ESPONDILITIS ANQUILOSANTE (EA), CURSO POLIARTICULAR ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL (PCJIA): PRESCRITO POR UN REUMATÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UN REUMATÓLOGO. ARTRITIS PSORIÁSICA (APE): PRESCRITO POR UN REUMATÓLOGO O UN DERMATÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO. COLITIS ULCEROSA (CU): PRESCRITO POR UN GASTROENTERÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	INICIAL: AR: PRUEBA DE 3 MESES DE TRATAMIENTO CON UN DMARD (FÁRMACO ANTIRREUMÁTICO MODIFICADOR DE LA ENFERMEDAD) SINTÉTICO CONVENCIONAL O CONTRAINDICACIÓN DE UNO. SI UN PACIENTE PROBÓ METOTREXATO, SE REQUIERE UNA PRUEBA A UNA DOSIS DE AL MENOS 20 MG POR SEMANA O LA DOSIS MÁXIMA TOLERADA. EA: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UN AINE. INICIAL/RENOVACIÓN: TODAS LAS INDICACIONES: SIN USO CONCOMITANTE CON OTRO AGENTE BIOLÓGICO SISTÉMICO NI MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR PDE-4) PARA LA MISMA INDICACIÓN. RENOVACIÓN: RA, APE, EA, PCJIA: SIGUE BENEFICIÁNDOSE DEL MEDICAMENTO.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

TOLVAPTAN

Productos afectados

- JYNARQUE COMPRIMIDO ORAL
- *Tolvaptan (enfermedad renal poliquística) comprimidos orales, secuenciales*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	ENFERMEDAD RENAL POLIQUÍSTICA AUTOSÓMICA DOMINANTE (ADPKD): INICIAL: ENFERMEDAD DE RIÑÓN POLIQUÍSTICO CONFIRMADA MEDIANTE TOMOGRAFÍA, RMN O ECOGRAFÍA.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	ADPKD: INICIAL: PRESCRITO POR UN NEFRÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	ADPKD: INICIAL: NO TIENE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA TERMINAL (ERCT) (ES DECIR, NO RECIBE DIÁLISIS). RENOVACIÓN: NO HA AVANZADO A ESRD/DIÁLISIS.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

TRETINOÍNA TÓPICA

Productos afectados

- ALTRENO
- *Tretinoína*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	INDICACIONES ESTÉTICAS COMO ARRUGAS, FOTOENVEJECIMIENTO, MELASMA.
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	ACNÉ VULGARIS: LA TRETINOÍNA TÓPICA DE MARCA REQUIERE UNA PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UN PRODUCTO GENÉRICO TÓPICO DE TRETINOÍNA.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

TORIPALIMAB-TPZI

Productos afectados
- LOQTORZI

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	CARCINOMA NASOFARÍNGEO (PN): TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA: 24 MESES, PREVIAMENTE TRATADA: TODA LA VIDA.
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

TOVORAFENIB

Productos afectados

- OJEMDA SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN
- OJEMDA COMPRIMIDO ORAL

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

TRAMETINIB SOLUCIÓN

Productos afectados

- MEKINIST SOLUCIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	MELANOMA IRRESECABLE O METASTÁSICO, MELANOMA, CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS METASTÁSICO O IRRESECABLE (CPCNM), CÁNCER ANAPLÁSICO DE TIROIDES LOCALMENTE AVANZADO O METASTÁSICO (ATC), TUMOR SÓLIDO IRRESECABLE O METASTÁSICO, GLIOMA DE BAJO GRADO (LGG): INCAPAZ DE TRAGAR LOS COMPRIMIDOS DE MEKINIST.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

TRAMETINIB COMPRIMIDO

Productos afectados

- MEKINIST COMPRIMIDO ORAL 0.5 MG, 2 MG

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

Fecha de actualización: 10/23/2026

TRASTUZUMAB-DKST

Productos afectados

- OGIVRI

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

TRASTUZUMAB-HYALURONIDASE-OYSK

Productos afectados

- HERCEPTIN HYLECTA

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	CÁNCER DE MAMA ADYUVANTE, CÁNCER DE MAMA METASTÁSICO: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UNO DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: HERZUMA, OGIVRI, ONTRUZANT, TRAZIMERA.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

TRAZODONA

Productos afectados

- RALDESY

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR (TDM): CONTRAINDICACIÓN O INCAPAZ DE TRAGAR COMPRIMIDOS DE TRAZODONA.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

TREMELIMUMAB-ACTL

Productos afectados
- IMJUDO

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	UHCC: 30 DÍAS. CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS METASTÁSICO (CPCNM): 5 MESES.
Otros criterios	CARCINOMA HEPATOCELULAR IRRESECABLE (CPH): 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.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

TREPROSTINIL INHALADO

Productos afectados

- TYVASO

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	INICIAL: HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR (HAP), HIPERTENSIÓN PULMONAR-ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL (PH-ILD): DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR CATETERISMO CARDÍACO DERECHO CON LOS SIGUIENTES PARÁMETROS: 1) PRESIÓN ARTERIAL PULMONAR (PAP) MEDIA MAYOR A 20 MMHG, 2) PRESIÓN DE ENCLAVAMIENTO CAPILAR PULMONAR (PCWP) DE 15 MMHG O MENOS, Y 3) RESISTENCIA VASCULAR PULMONAR (RVP) MAYOR A 2 UNIDADES WOOD.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	INICIAL: HAP, PH-ILD: PRESCRITO POR UN CARDIÓLOGO O NEUMÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	INICIAL: HAP: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES DE DIFERENTES CLASES DE FÁRMACOS: 1) VERSIÓN DEL FORMULARIO DE UN ANTAGONISTA ORAL DEL RECEPTOR DE ENDOTELINA, 2) VERSIÓN DEL FORMULARIO DE UN INHIBIDOR ORAL DE LA FOSFODIESTERASA TIPO 5 PARA HAP, 3) VERSIÓN DEL FORMULARIO DE UN ESTIMULADOR ORAL DE CGMP, 4) VERSIÓN DEL FORMULARIO DE UNA PROSTACICLINA INTRAVENOSA/SUBCUTÁNEA. ESTE MEDICAMENTO PUEDE ESTAR CUBIERTO POR LA PARTE B O D DE MEDICARE, SEGÚN LAS CIRCUNSTANCIAS.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

TREPROSTINIL INYECTABLE

Productos afectados

- *Treprostinil sódico*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR (HAP): INICIAL: DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR CATETERISMO CARDÍACO DERECHO CON LOS SIGUIENTES PARÁMETROS: 1) PRESIÓN ARTERIAL PULMONAR (PAP) MEDIA MAYOR A 20 MMHG, 2) PRESIÓN DE ENCLAVAMIENTO CAPILAR PULMONAR (PCWP) DE 15 MMHG O MENOS, Y 3) RESISTENCIA VASCULAR PULMONAR (RVP) MAYOR A 2 UNIDADES WOOD.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	HAP: INICIAL: PRESCRITO POR UN CARDIÓLOGO O NEUMÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros criterios	HAP: INICIAL: 1) CONTINUACIÓN DE LA TERAPIA DESDE EL ALTA HOSPITALARIA, 2) INICIO NUEVO Y EL MÉDICO INDICÓ QUE EL PACIENTE TIENE UN RIESGO INTERMEDIO O ALTO, O 3) NUEVO INICIO Y PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES DE DIFERENTES CLASES DE FÁRMACOS: (A) VERSIÓN DEL FORMULARIO DE UN ANTAGONISTA ORAL DE RECEPTORES DE ENDOTELINA, (B) VERSIÓN DEL FORMULARIO DE UN INHIBIDOR ORAL DE FOSFODIESTERASA TIPO 5 PARA LA HAP, (C) VERSIÓN DEL FORMULARIO DE UN ESTIMULADOR CGMP ORAL.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

TREPROSTINIL-YUTREPIA

Productos afectados
- YUTREPIA

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	INICIAL: HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR (HAP), HIPERTENSIÓN PULMONAR-ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL (PH-ILD): DIAGNÓSTICO CONFIRMADO POR CATETERISMO CARDÍACO DERECHO CON LOS SIGUIENTES PARÁMETROS: 1) PRESIÓN ARTERIAL PULMONAR (PAP) MEDIA MAYOR A 20 MMHG, 2) PRESIÓN DE ENCLAVAMIENTO CAPILAR PULMONAR (PCWP) DE 15 MMHG O MENOS, Y 3) RESISTENCIA VASCULAR PULMONAR (RVP) MAYOR A 2 UNIDADES WOOD.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	INICIAL: HAP, PH-ILD: PRESCRITO POR UN CARDIÓLOGO O NEUMÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	INICIAL: HAP: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES DE DIFERENTES CLASES DE FÁRMACOS: 1) ANTAGONISTA ORAL DEL RECEPTOR DE ENDOTELINA, 2) INHIBIDOR ORAL DE LA FOSFODIESTERASA TIPO 5 PARA HAP, 3) ESTIMULADOR ORAL DE CGMP, 4) PROSTACICLINA INTRAVENOSA/SUBCUTÁNEA.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Se requiere terapia previa	No

TRIENTINA CÁPSULA

Productos afectados

- *Trientina cápsula oral 250 mg*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	ENFERMEDAD DE WILSON: INICIAL: PUNTUACIÓN DE LEIPZIG DE 4 O MÁS.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	ENFERMEDAD DE WILSON: INICIAL: PRESCRITO POR UN HEPATÓLOGO O GASTROENTERÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	INICIAL: 12 MESES, RENOVACIÓN: TODA LA VIDA.
Otros criterios	ENFERMEDAD DE WILSON: INICIAL: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE LA VERSIÓN DEL FORMULARIO DEL COMPRIMIDO DE PENICILAMINA. RENOVACIÓN: SIGUE BENEFICIÁNDOSE DEL MEDICAMENTO.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

TRIFLURIDINA/TIPIRACIL

Productos afectados

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

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

TRIPTORELINA-TRELSTAR

Productos afectados

- TRELSTAR SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR PARA RECONSTITUCIÓN

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES.
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

TUCATINIB

Productos afectados

- TUKYSA COMPRIMIDO ORAL 150 MG, 50 MG

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

UBROGEPANT

Productos afectados

- UBRELVY

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA GRAVE: INICIAL: 1) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UN TRIPTÁN (P. EJ., SUMATRIPTÁN, RIZATRIPTÁN), 2) SIN USO CONCOMITANTE CON OTROS INHIBIDORES DE CGRP PARA EL TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA GRAVE. RENOVACIÓN: 1) SIN USO CONCOMITANTE CON OTROS INHIBIDORES DE CGRP PARA EL TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA GRAVE, Y 2) UNO DE LOS SIGUIENTES: (A) MEJORA RESPECTO AL VALOR INICIAL EN UN CUESTIONARIO VALIDADO DE RESULTADOS INFORMADOS POR EL PACIENTE DE TRATAMIENTO PARA MIGRAÑA GRAVE, O (B) LA TERAPIA FUNCIONA DE FORMA CONSISTENTE EN LA MAYORÍA DE LOS ATAQUES DE MIGRAÑA.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Se requiere terapia previa	Sí

UPADACITINIB

Productos afectados

- RINVOQ
- RINVOQ LQ

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	INICIAL: ESPONDILOARTRITIS AXIAL NO RADIOGRÁFICA (NR-AXSPA): 1) NIVELES DE PROTEÍNA C REACTIVA POR ENCIMA DEL LÍMITE SUPERIOR DE LO NORMAL, O 2) SACROILEÍTIS EN LA IMAGEN POR RESONANCIA MAGNÉTICA (RMN).
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	INICIAL: ARTRITIS REUMATOIDE (AR), ESPONDILITIS ANQUILOSANTE (EA), NR-AXSPA, ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL POLIARTICULAR (AIJP): PRESCRITO POR UN REUMATÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UN REUMATÓLOGO. ARTRITIS PSORIÁSICA (APE): PRESCRITO POR UN REUMATÓLOGO O UN DERMATÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO. AD: PRESCRITO POR UN DERMATÓLOGO, ALERGÓLOGO O INMUNÓLOGO, O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO. COLITIS ULCEROSA (CU), ENFERMEDAD DE CROHN (CD): PRESCRITO POR UN GASTROENTERÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	INICIAL: AR: PRUEBA DE 3 MESES DE TRATAMIENTO CON UN DMARD (FÁRMACO ANTIRREUMÁTICO MODIFICADOR DE LA ENFERMEDAD) SINTÉTICO CONVENCIONAL O CONTRAINDICACIÓN DE UNO. SI UN PACIENTE PROBÓ METOTREXATO, SE REQUIERE UNA PRUEBA A UNA DOSIS DE AL MENOS 20 MG POR SEMANA O LA DOSIS MÁXIMA TOLERADA. AD: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UN CORTICOSTEROIDE TÓPICO, INHIBIDOR TÓPICO DE CALCINEURINA, INHIBIDOR TÓPICO DE LA DPE4, AGONISTA TÓPICO DE AHR O INHIBIDOR TÓPICO DE JAK. EA, NR-AXSPA:

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
	PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UN AINE (FÁRMACO ANTIINFLAMATORIO NO ESTEROIDEO). ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES (GCA): COMPLETÓ, COMENZÓ O PRONTO COMENZARÁ UN CICLO DE REDUCCIÓN PROGRESIVA DE GLUCOCORTICOIDES. INICIAL/RENOVACIÓN: TODAS LAS INDICACIONES: SIN USO CONCOMITANTE CON OTRO AGENTE BIOLÓGICO SISTÉMICO NI MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR PDE-4) PARA LA MISMA INDICACIÓN. RENOVACIÓN: AR, APE, EA, NR-AXSPA, AIJP: SIGUE BENEFICIÁNDOSE DEL MEDICAMENTO. AD: MEJORA DURANTE LA TERAPIA.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

USTEKINUMAB-AAUZ SQ

Productos afectados

- *Ustekinumab-aauz*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	INICIAL: PSORIASIS EN PLACAS (PSO): PSORIASIS QUE CUBRE EL 3 POR CIENTO O MÁS DEL ÁREA DE SUPERFICIE CORPORAL O LESIONES PSORIÁSICAS QUE AFECTAN LAS MANOS, LOS PIES, EL ÁREA GENITAL, EL CUERO CABELLUDO O LA CARA.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	INICIAL: ARTRITIS PSORIÁSICA (APE): PRESCRITO POR UN DERMATÓLOGO O REUMATÓLOGO, O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO. PSO: PRESCRITO POR UN DERMATÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO. ENFERMEDAD DE CROHN (CD), COLITIS ULCEROSA (CU): PRESCRITO POR UN GASTROENTERÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros criterios	INICIAL: PSO: 1) AL MENOS UNA PRUEBA DE 3 MESES CON UN INMUNOSUPRESOR ORAL (CICLOSPORINA, METOTREXATO, TACROLIMUS) O PUVA (FOTOTERAPIA), 2) CONTRAINDICACIÓN O INTOLERANCIA TANTO AL INMUNOSUPRESOR COMO AL PUVA, O 3) EL PACIENTE CAMBIA DE OTRO AGENTE BIOLÓGICO, INHIBIDOR DE PDE-4 O INHIBIDOR DE JAK PARA LA MISMA INDICACIÓN. INICIAL/RENOVACIÓN: TODAS LAS INDICACIONES: SIN USO CONCOMITANTE CON OTRO AGENTE BIOLÓGICO SISTÉMICO NI MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR PDE-4) PARA LA MISMA INDICACIÓN. RENOVACIÓN: APE, PSO: SIGUE BENEFICIÁNDOSE DEL MEDICAMENTO.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

USTEKINUMAB-AEKN IV

Productos afectados
- SELARSDI

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	INICIAL: PSORIASIS EN PLACAS (PSO): PSORIASIS QUE CUBRE EL 3 POR CIENTO O MÁS DEL ÁREA DE SUPERFICIE CORPORAL O LESIONES PSORIÁSICAS QUE AFECTAN LAS MANOS, LOS PIES, EL ÁREA GENITAL, EL CUERO CABELLUDO O LA CARA.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	INICIAL: ARTRITIS PSORIÁSICA (APE): PRESCRITO POR UN DERMATÓLOGO O REUMATÓLOGO, O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO. PSO: PRESCRITO POR UN DERMATÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO. ENFERMEDAD DE CROHN (CD), COLITIS ULCEROSA (CU): PRESCRITO POR UN GASTROENTERÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	INICIAL: PSO: 1) AL MENOS UNA PRUEBA DE 3 MESES CON UN INMUNOSUPRESOR ORAL (CICLOSPORINA, METOTREXATO, TACROLIMUS) O PUVA (FOTOTERAPIA), 2) CONTRAINDICACIÓN O INTOLERANCIA TANTO AL INMUNOSUPRESOR COMO AL PUVA, O 3) EL PACIENTE CAMBIA DE OTRO AGENTE BIOLÓGICO, INHIBIDOR DE PDE-4 O INHIBIDOR DE JAK PARA LA MISMA INDICACIÓN. INICIAL/RENOVACIÓN: TODAS LAS INDICACIONES: SIN USO CONCOMITANTE CON OTRO AGENTE BIOLÓGICO SISTÉMICO NI MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR PDE-4) PARA LA MISMA INDICACIÓN. RENOVACIÓN: APE, PSO: SIGUE BENEFICIÁNDOSE DEL MEDICAMENTO.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

USTEKINUMAB-AEKN SQ

Productos afectados

- SELARSDI

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	INICIAL: PSORIASIS EN PLACAS (PSO): PSORIASIS QUE CUBRE EL 3 POR CIENTO O MÁS DEL ÁREA DE SUPERFICIE CORPORAL O LESIONES PSORIÁSICAS QUE AFECTAN LAS MANOS, LOS PIES, EL ÁREA GENITAL, EL CUERO CABELLUDO O LA CARA.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	INICIAL: ARTRITIS PSORIÁSICA (APE): PRESCRITO POR UN DERMATÓLOGO O REUMATÓLOGO, O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO. PSO: PRESCRITO POR UN DERMATÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO. ENFERMEDAD DE CROHN (CD), COLITIS ULCEROSA (CU): PRESCRITO POR UN GASTROENTERÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	INICIAL: PSO: 1) AL MENOS UNA PRUEBA DE 3 MESES CON UN INMUNOSUPRESOR ORAL (CICLOSPORINA, METOTREXATO, TACROLIMUS) O PUVA (FOTOTERAPIA), 2) CONTRAINDICACIÓN O INTOLERANCIA TANTO AL INMUNOSUPRESOR COMO AL PUVA, O 3) EL PACIENTE CAMBIA DE OTRO AGENTE BIOLÓGICO, INHIBIDOR DE PDE-4 O INHIBIDOR DE JAK PARA LA MISMA INDICACIÓN. INICIAL/RENOVACIÓN: TODAS LAS INDICACIONES: SIN USO CONCOMITANTE CON OTRO AGENTE BIOLÓGICO SISTÉMICO NI MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR PDE-4) PARA LA MISMA INDICACIÓN. RENOVACIÓN: APE, PSO: SIGUE BENEFICIÁNDOSE DEL MEDICAMENTO.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

USTEKINUMAB-KFCE IV

Productos afectados

- YESINTEK

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	INICIAL: PSORIASIS EN PLACAS (PSO): PSORIASIS QUE CUBRE EL 3 POR CIENTO O MÁS DEL ÁREA DE SUPERFICIE CORPORAL O LESIONES PSORIÁSICAS QUE AFECTAN LAS MANOS, LOS PIES, EL ÁREA GENITAL, EL CUERO CABELLUDO O LA CARA.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	INICIAL: ARTRITIS PSORIÁSICA (APE): PRESCRITO POR UN DERMATÓLOGO O REUMATÓLOGO, O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO. PSO: PRESCRITO POR UN DERMATÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO. ENFERMEDAD DE CROHN (CD), COLITIS ULCEROSA (CU): PRESCRITO POR UN GASTROENTERÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	INICIAL: PSO: 1) AL MENOS UNA PRUEBA DE 3 MESES CON UN INMUNOSUPRESOR ORAL (CICLOSPORINA, METOTREXATO, TACROLIMUS) O PUVA (FOTOTERAPIA), 2) CONTRAINDICACIÓN O INTOLERANCIA TANTO AL INMUNOSUPRESOR COMO AL PUVA, O 3) EL PACIENTE CAMBIA DE OTRO AGENTE BIOLÓGICO, INHIBIDOR DE PDE-4 O INHIBIDOR DE JAK PARA LA MISMA INDICACIÓN. INICIAL/RENOVACIÓN: TODAS LAS INDICACIONES: SIN USO CONCOMITANTE CON OTRO AGENTE BIOLÓGICO SISTÉMICO NI MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR PDE-4) PARA LA MISMA INDICACIÓN. RENOVACIÓN: APE, PSO: SIGUE BENEFICIÁNDOSE DEL MEDICAMENTO.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

USTEKINUMAB-KFCE SQ

Productos afectados
- YESINTEK

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	INICIAL: PSORIASIS EN PLACAS (PSO): PSORIASIS QUE CUBRE EL 3 POR CIENTO O MÁS DEL ÁREA DE SUPERFICIE CORPORAL O LESIONES PSORIÁSICAS QUE AFECTAN LAS MANOS, LOS PIES, EL ÁREA GENITAL, EL CUERO CABELLUDO O LA CARA.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	INICIAL: ARTRITIS PSORIÁSICA (APE): PRESCRITO POR UN DERMATÓLOGO O REUMATÓLOGO, O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO. PSO: PRESCRITO POR UN DERMATÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO. ENFERMEDAD DE CROHN (CD), COLITIS ULCEROSA (CU): PRESCRITO POR UN GASTROENTERÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	INICIAL: PSO: 1) AL MENOS UNA PRUEBA DE 3 MESES CON UN INMUNOSUPRESOR ORAL (CICLOSPORINA, METOTREXATO, TACROLIMUS) O PUVA (FOTOTERAPIA), 2) CONTRAINDICACIÓN O INTOLERANCIA TANTO AL INMUNOSUPRESOR COMO AL PUVA, O 3) EL PACIENTE CAMBIA DE OTRO AGENTE BIOLÓGICO, INHIBIDOR DE PDE-4 O INHIBIDOR DE JAK PARA LA MISMA INDICACIÓN. INICIAL/RENOVACIÓN: TODAS LAS INDICACIONES: SIN USO CONCOMITANTE CON OTRO AGENTE BIOLÓGICO SISTÉMICO NI MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR PDE-4) PARA LA MISMA INDICACIÓN. RENOVACIÓN: APE, PSO: SIGUE BENEFICIÁNDOSE DEL MEDICAMENTO.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

VALBENAZINE

Productos afectados

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

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	DISQUINESIA TARDÍA (TD): PRESCRITO POR UN NEURÓLOGO, PSIQUIATRA O ESPECIALISTA EN TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO, O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO. COREA ASOCIADA A LA ENFERMEDAD DE HUNTINGTON: PRESCRITO POR UN NEURÓLOGO O ESPECIALISTA EN TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO, O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	TD: HISTORIAL DE USO DE AGENTES QUE CAUSAN DISQUINESIA TARDÍA.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

VANDETANIB

Productos afectados

- CAPRELSA COMPRIMIDO ORAL 100 MG, 300 MG

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	ACTUALMENTE ESTABLE CON CAPRELSA NO REQUIERE CRITERIOS ADICIONALES.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

VANZACAFTOR-TEZACAFTOR-DEUTIVACAFTOR

Productos afectados

- ALYFTREK COMPRIMIDO ORAL 10-50-125 MG, 4-20-50 MG

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	FQ: INICIAL: PRESCRITO POR UN NEUMÓLOGO O UN EXPERTO EN FIBROSIS QUÍSTICA, O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: TODA LA VIDA.
Otros criterios	FQ: INICIAL: SIN USO CONCOMITANTE CON OTRO MODULADOR CFTR. RENOVACIÓN: 1) MEJORA DEL ESTADO CLÍNICO Y 2) SIN USO CONCOMITANTE CON OTRO MODULADOR CFTR.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

VEMURAFENIB

Productos afectados

- ZELBORAF

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	MELANOMA: ZELBORAF SE USARÁ SOLO O EN COMBINACIÓN CON COTELLIC
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

VENETOCLAX

Productos afectados

- VENCLEXTA COMPRIMIDO ORAL 10 MG, 100 MG, 50 MG
- VENCLEXTA PAQUETE INICIAL

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

VEPDEGESTRANT

Productos afectados
- VEPPANU

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	CÁNCER DE MAMA AVANZADO O METASTÁSICO: INICIAL: PRESCRITO POR UN ESPECIALISTA EN ONCOLOGÍA O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	INICIAL: 6 MESES. RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	CÁNCER DE MAMA AVANZADO O METASTÁSICO: INICIAL/RENOVACIÓN: SIN USO CONCOMITANTE CON OTRO DEGRADADOR SELECTIVO DEL RECEPTOR DE ESTRÓGENO (SERD). RENOVACIÓN: BENEFICIO CLÍNICO DEMOSTRADO DURANTE LA TERAPIA, EVIDENCIADO POR UNA RESPUESTA PARCIAL O COMPLETA O ENFERMEDAD ESTABLE.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

VERICIGUAT

Productos afectados
- VERQUVO

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES.
Otros criterios	INSUFICIENCIA CARDÍACA (IC): INICIAL: 1) PRUEBA, CONTRAINDICACIÓN O INTOLERANCIA A UN INHIBIDOR SGLT-2 PREFERIDO, Y 2) PRUEBA O, CONTRAINDICACIÓN DE UN AGENTE DE CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES CLASES DE TRATAMIENTO ESTÁNDAR, O INTOLERANCIA A ELLOS: (A) INHIBIDOR DE LA ACE, ARB O ARNI. (B) BETABLOQUEANTE (BISOPROLOL, CARVEDILOL, METOPROLOL SUCCINATO), O (C) ANTAGONISTA DE ALDOSTERONA (ESPIRONOLACTONA, EPLERENONA). INICIAL/RENOVACIÓN: SIN USO CONCOMITANTE CON RIOCIGUAT NI INHIBIDORES DE PDE-5.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

VIGABATRINA

Productos afectados

- *Vigabatrina*
- *Vigadrone*
- *Vigpoder*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	INICIAL: CRISIS PARCIALES COMPLEJAS REFRACTARIAS (CPC), ESPASMOS INFANTILES: PRESCRITO POR UN NEURÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UN NEURÓLOGO.
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: 12 MESES
Otros criterios	INICIAL: CPS: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE DOS AGENTES ANTIEPILÉPTICOS.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

VIMSELTINIB

Productos afectados

- ROMVIMZA

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

VISMODEGIB

Productos afectados

- ERIVEDGE

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

VONOPRAZAN

Productos afectados

- VOQUEZNA

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	INICIAL: H PYLORI: 30 DÍAS. EE: 8 SEMANAS. NERD: 4 SEMANAS. RENOVACIÓN: EE: 24 SEMANAS.
Otros criterios	INICIAL: ESOFAGITIS EROSIVA (EE): PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE DOS INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES A DOSIS MÁXIMA DURANTE 8 SEMANAS CADA UNO. ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO NO EROSIVO (NERD): 1) SIN TRATAMIENTO FALLIDO PREVIO CON VOQUEZNA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, Y 2) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UN INHIBIDOR DE LA BOMBA DE PROTONES A LA DOSIS MÁXIMA DURANTE 8 SEMANAS. RENOVACIÓN: EE: MANTUVO UNA RESPUESTA CLÍNICA CON VOQUEZNA.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

VORASIDENIB

Productos afectados

- VORANIGO

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

Fecha de actualización: 10/23/2026

SUSPENSIÓN DE VORICONAZOL

Productos afectados

- *Voriconazol suspensión oral para reconstitución*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	INFECCIONES POR CÁNDIDA: 3 MESES. CONTINUACIÓN DE LA TERAPIA, TODAS LAS DEMÁS INDICACIONES: 6 MESES.
Otros criterios	INFECCIONES POR CÁNDIDA: CONTRAINDICACIÓN O INCAPAZ DE TRAGAR COMPRIMIDOS DE FLUCONAZOL. TODAS LAS INDICACIONES EXCEPTO LA CANDIDIASIS ESOFÁGICA: INCAPAZ DE TRAGAR COMPRIMIDOS. LA CONTINUACIÓN DE LA TERAPIA TRAS EL ALTA HOSPITALARIA NO REQUIERE CRITERIOS ADICIONALES.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

ZANIDATAMAB-HRII

Productos afectados

- ZIIHERA

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

ZANUBRUTINIB

Productos afectados

- BRUKINSA CÁPSULA ORAL
- BRUKINSA COMPRIMIDO ORAL

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	Linfoma de células del manto: INTOLERANCIA A LA CALQUENCE. LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA, LINFOMA LINFOCÍTICO PEQUEÑO: INTOLERANCIA A LA CALQUENCE O A LA IMBRUVICA. MACROGLOBULINEMIA DE WALDENSTRÖM: NO HACE FALTA NINGÚN PASO.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

ZENOCUTUZUMAB-ZBCO

Productos afectados

- BIZENGRI

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

ZIDESAMTINIB

Productos afectados

- JIDEYTRO

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

ZIFTOMENIB

Productos afectados

- KOMZIFTI

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

ZOLBETUXIMAB-CLZB

Productos afectados

- VYLOY

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

ZONGERTINIB

Productos afectados
- HERNEXEOS

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	12 MESES
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

ZURANOLONA

Productos afectados

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

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	14 DÍAS
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	No

ÍNDICE

A

Abiraterona 8
Abiraterona, submicronizada 9
Abirtega..... 8
Acetato de leuprolida (3 meses)..... 234
Ácido carglúmico..... 76, 77
ACTIMMUNE..... 216
Adalimumab-aaty..... 16, 17
Adalimumab-Aaty(cf) AI Crohn..... 16, 17
ADEMPAS 352, 353
ADVOCATE INS 0.3 ML CALIBRE 30X5/16..... 195, 211, 212
ADVOCATE INS 0.3 ML CALIBRE 31X5/16..... 195, 211, 212
ADVOCATE INS 0.5 ML CALIBRE 30X5/16..... 195, 211, 212
ADVOCATE INS 0.5 ML CALIBRE 31X5/16..... 195, 211, 212
ADVOCATE INS 1 ML CALIBRE 31X5/16..... 195, 211, 212
AGUJA BD AUTOSHIELD DUO 5MM X CALIBRE 30 ..... 195, 211, 212
AGUJA MICRODOT READYGARD CALIBRE 31 5MM EXTERIOR203, 211, 212
AGUJA NOVOFINE AUTOCOVER CALIBRE 30 ..... 204, 211, 212
AGUJA PARA MICRO PLUMA BD UF 6MM X CALIBRE 32 ..... 196, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA ADVOCATE 4MM CALIBRE 33 ..... 195, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA ADVOCATE CALIBRE 32 4MM 195, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA AQINJECT CALIBRE 31 5MM 195, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA AQINJECT CALIBRE 32 4MM 195, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA ASSURE ID CALIBRE 30X5/16 ..... 195, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA ASSURE ID DUO PRO CALIBRE 31 5MM.... 195, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA ASSURE ID PRO CALIBRE 30 5MM 195, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA BD UF ORIG 12.7MM X CALIBRE 29 ... 196, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA CALIBRE 30 5MM EXTERIOR..... 204, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA CALIBRE 30 8MM INTERIOR..... 204, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA CALIBRE 30 X 5/16 ..... 204, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA CALIBRE 31 X 1/4 ..... 204, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA CALIBRE 33 4MM 204, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA CAREFINE 12.7MM CALIBRE 29 HRI 196, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA CAREFINE 4MM CALIBRE 32 ..... 196, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA CAREFINE 5MM CALIBRE 32 ..... 196, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA CAREFINE 6MM CALIBRE 31 HRI..... 196, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA CAREFINE 8MM CALIBRE 30 HRI..... 196, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA CARETOUCH CALIBRE 29 12MM 196, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA CARETOUCH CALIBRE 31 x 3/16 ..... 196, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA CARETOUCH CALIBRE 31 x 5/16 ..... 196, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA CARETOUCH CALIBRE 31X1/4 ..... 196, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA CARETOUCH CALIBRE 32 x 3/16 ..... 196, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA CARETOUCH CALIBRE 32X5/32 ..... 196, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA CLICKFINE CALIBRE 32X5/32 ..... 196, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA COMFORT EZ 12MM CALIBRE 29 ..... 197, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA COMFORT EZ PLS CALIBRE 32 4MM 197, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA COMFORT EZ PRO CALIBRE 30 8MM.... 197, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA COMFORT EZ PRO CALIBRE 31 4MM.... 197, 211, 212

AGUJA PARA PLUMA COMFORT EZ PRO CALIBRE 31 5MM.... 197, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA COMFORT POINT CALIBRE 31X1/3.. 197, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA COMFORT POINT CALIBRE 31X1/6.. 197, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA COMFORT TOUCH CALIBRE 31 4MM..... 197, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA COMFORT TOUCH CALIBRE 31 5MM..... 197, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA COMFORT TOUCH CALIBRE 31 6MM..... 197, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA COMFORT TOUCH CALIBRE 31 8MM..... 197, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA COMFORT TOUCH CALIBRE 32 4MM..... 197, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA COMFORT TOUCH CALIBRE 32 5MM..... 197, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA COMFORT TOUCH CALIBRE 32 6MM..... 197, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA COMFORT TOUCH CALIBRE 32 8MM..... 197, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA COMFORT TOUCH CALIBRE 33 4MM..... 197, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA COMFORT TOUCH CALIBRE 33 5MM..... 197, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA COMFORT TOUCH CALIBRE 33 6MM..... 197, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA CORTA BD UF 8MM X CALIBRE 31 ..... 196, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA DE INSULINA EASYLIFE CALIBRE 29 12MM 200, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA DE INSULINA EASYLIFE CALIBRE 31 4MM 200, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA DE INSULINA EASYLIFE CALIBRE 31 5MM 200, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA DE INSULINA EASYLIFE CALIBRE 31 6MM 201, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA DE INSULINA EASYLIFE CALIBRE 31 8MM 201, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA DE INSULINA EASYLIFE CALIBRE 32 4MM 201, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA DE INSULINA EASYLIFE CALIBRE 32 5MM 201, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA DE INSULINA EASYLIFE CALIBRE 32 6MM 201, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA DE INSULINA EASYLIFE CALIBRE 32 8MM 201, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA DE INSULINA EASYLIFE CALIBRE 33 4MM 201, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA DE INSULINA EASYLIFE CALIBRE 33 5MM 201, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA DE INSULINA EASYLIFE CALIBRE 33 6MM 201, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA DE INSULINA EASYLIFE CALIBRE 33 8MM 201, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA DE INSULINA TOPFINE CALIBRE 32 4MM.. 206, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA DE SEGURIDAD 5MM X CALIBRE 31 ..... 205, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA DE SEGURIDAD AUTOKEEPER CALIBRE 30 5MM 195, 211, 212

AGUJA PARA PLUMA DE SEGURIDAD AUTOKEEPER CALIBRE 30 8MM 195, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA DE SEGURIDAD CALIBRE 31 4MM 205, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA DE SEGURIDAD SKY CALIBRE 30 5MM ... 205, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA DE SEGURIDAD SKY CALIBRE 30 8MM ... 205, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA DE SEGURIDAD ULTICARE 5MM CALIBRE 30208, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA DE SEGURIDAD ULTICARE CALIBRE 30 8MM208, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA DROPLET CALIBRE 29 10MM 198, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA DROPLET CALIBRE 29 12MM 198, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA DROPLET CALIBRE 30 8MM 198, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA DROPLET CALIBRE 31 5MM 198, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA DROPLET CALIBRE 31 6MM 198, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA DROPLET CALIBRE 31 8MM 198, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA DROPLET CALIBRE 32 4MM 198, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA DROPLET CALIBRE 32 5MM 198, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA DROPLET CALIBRE 32 6MM 198, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA DROPLET CALIBRE 32 8MM 198, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA DROPSAFE CALIBRE 31 4MM 199, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA DROPSAFE CALIBRE 31 5MM 199, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA DROPSAFE CALIBRE 31 8MM 199, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA DROPSAFE CALIBRE 31X1/4 ..... 199, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA EASY CMFT SFTY CALIBRE 31 5MM.. 199, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA EASY CMFT SFTY CALIBRE 32 4MM.. 199, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA EASY CMFT SFTY, CALIBRE 31, 6MM 199, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA EASY COMFORT CALIBRE 29 4MM 199, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA EASY COMFORT CALIBRE 29 5MM 199, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA EASY COMFORT CALIBRE 31X1/4 ..... 199, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA EASY COMFORT CALIBRE 31X3/16 ..... 199, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA EASY COMFORT CALIBRE 31X5/16 ..... 199, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA EASY COMFORT CALIBRE 32X5/32 ..... 199, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA EASY COMFORT CALIBRE 33 4MM 199, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA EASY COMFORT CALIBRE 33 5MM 199, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA EASY COMFORT CALIBRE 33 6MM 199, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA EASY GLIDE 4MM CALIBRE 33 ..... 199, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA EASY TOUCH CALIBRE 29X1/2 ..... 200, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA EASY TOUCH CALIBRE 30X5/16 ..... 200, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA EASY TOUCH CALIBRE 31X1/4 ..... 200, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA EASY TOUCH CALIBRE 31X3/16 ..... 200, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA EASY TOUCH CALIBRE 31X5/16 ..... 200, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA EASY TOUCH CALIBRE 32X1/4 ..... 200, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA EASY TOUCH CALIBRE 32X3/16 ..... 200, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA EASY TOUCH CALIBRE 32X5/32 ..... 200, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA EASY TOUCH SAF CALIBRE 29 5MM 200, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA EASY TOUCH SAF CALIBRE 29 8MM 200, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA EASY TOUCH SAF CALIBRE 30 5MM 200, 211, 212

AGUJA PARA PLUMA EASY TOUCH SAF CALIBRE 30 8MM 200, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA EASYLIFE SAFTY CALIBRE 31 4MM201, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA EASYLIFE SAFTY CALIBRE 31 5MM201, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA EASYTOUCH SAF CALIBRE 30 6MM 201, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA EMBRACE CALIBRE 29 12MM 201, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA EMBRACE CALIBRE 30 5MM 201, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA EMBRACE CALIBRE 30 8MM 201, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA EMBRACE CALIBRE 31 5MM 201, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA EMBRACE CALIBRE 31 6MM 201, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA EMBRACE CALIBRE 31 8MM 201, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA EMBRACE CALIBRE 32 4MM 201, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA GNP CALIBRE 31 5MM 201, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA GNP CALIBRE 32 6MM 201, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA GNP SIMPLI CALIBRE 32 4MM 201, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA GS CALIBRE 31 X 8MM..... 201, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA HEALTHWISE CALIBRE 31 5MM 201, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA HEALTHWISE CALIBRE 31 8MM 201, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA HEALTHWISE CALIBRE 32 4MM 201, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA INCONTROL 12MM CALIBRE 29 ..... 202, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA INCONTROL 4MM CALIBRE 32 ..... 202, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA INCONTROL 5MM CALIBRE 31 ..... 202, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA INCONTROL 6MM CALIBRE 31 ..... 202, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA INCONTROL 8MM CALIBRE 31 ..... 202, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA INSUPEN CALIBRE 29 X 1/2 ..... 202, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA INSUPEN CALIBRE 31 8MM 202, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA INSUPEN CALIBRE 31X3/16 ..... 202, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA INSUPEN CALIBRE 32 4MM 202, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA INSUPEN CALIBRE 32 6MM (CON RECETA)202, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA LITE TOUCH CALIBRE 29 ..... 202, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA LITE TOUCH CALIBRE 31 ..... 202, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA MAXICOMFORT CALIBRE 29 X 5MM 203, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA MAXICOMFORT CALIBRE 29 X 8MM 203, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA MAXICOMFORT II CALIBRE 31X6MM..... 203, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA MICRODOT CALIBRE 31X6MM 203, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA MICRODOT CALIBRE 32X4MM 203, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA MICRODOT CALIBRE 33X4MM 203, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA MINI BD UF 5MM X CALIBRE 31 ..... 196, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA MINI CALIBRE 32 5MM 203, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA MINI CALIBRE 32 8MM 203, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA MINI CALIBRE 33 5MM 203, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA MINI CALIBRE 33 6MM 203, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA MINI ULTRA FINA II CALIBRE 31 ESTÉRIL 203, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA NANO BD UF 4MM X CALIBRE 32 ..... 196, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA NANO CALIBRE 32 4MM 204, 211, 212

AGUJA PARA PLUMA NANO DE SEGUNDA GENERACIÓN CALIBRE 32 4MM 204, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA NOVOFINE PLUS CALIBRE 32X1/6.... 204, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA PENTIPS CALIBRE 29 1/2 ..... 204, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA PENTIPS CALIBRE 31 1/4 ..... 204, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA PENTIPS CALIBRE 31X3/16 ..... 204, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA PENTIPS CALIBRE 31X5/16 ..... 204, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA PENTIPS CALIBRE 32 1/4 ..... 204, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA PENTIPS CALIBRE 32X5/32 ..... 204, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA PIP CALIBRE 31 X 5MM..... 204, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA PIP CALIBRE 32 X 4MM..... 204, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA PREVENT CALIBRE 31X1/4 ..... 204, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA PREVENT CALIBRE 31X5/16 ..... 204, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA PRO COMFORT 4MM CALIBRE 32 ..... 204, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA PRO COMFORT 5MM CALIBRE 32 ..... 204, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA PRO COMFORT CALIBRE 32 8MM 204, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA PRO COMFORT CALIBRE 32 X 1/4 ..... 204, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA PURE CMFT SFTY CALIBRE 31 5MM.. 204, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA PURE CMFT SFTY CALIBRE 32 4MM.. 205, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA PURE CMFT SFTY, CALIBRE 31, 6MM 204, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA PURE COMFORT CALIBRE 32 4MM 205, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA PURE COMFORT CALIBRE 32 5MM 205, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA PURE COMFORT CALIBRE 32 6MM 205, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA PURE COMFORT CALIBRE 32 8MM 205, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA RAYA SURE CALIBRE 29 12MM 205, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA RAYA SURE CALIBRE 31 4MM 205, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA RAYA SURE CALIBRE 31 5MM 205, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA RAYA SURE CALIBRE 31 6MM 205, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA RELION CALIBRE 32X5/32 ..... 205, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA SECURESAFE CALIBRE 30X5/16 ..... 205, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA SECURESAFE CALIBRE 31 5MM EXTERIOR205, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA SURE CMFT SFTY CALIBRE 32 4MM.. 205, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA SURE CMFT SFTY, CALIBRE 31, 6MM 205, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA SURE COMFORT CALIBRE 29X1/2 ..... 205, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA SURE COMFORT CALIBRE 30 ..... 205, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA SURE COMFORT CALIBRE 31 5MM 206, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA SURE COMFORT CALIBRE 31 8MM 206, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA SURE COMFORT CALIBRE 32 4MM 206, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA SURE COMFORT CALIBRE 32 6MM 206, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA TECHLITE CALIBRE 29X1/2 ..... 206, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA TECHLITE CALIBRE 29X3/8 ..... 206, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA TECHLITE CALIBRE 31X1/4 ..... 206, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA TECHLITE CALIBRE 31X3/16 ..... 206, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA TECHLITE CALIBRE 31X5/16 ..... 206, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA TECHLITE CALIBRE 32X1/4 ..... 206, 211, 212

AGUJA PARA PLUMA TECHLITE CALIBRE 32X5/16 ..... 206, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA TECHLITE CALIBRE 32X5/32 ..... 206, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA TECHLITE PLUS CALIBRE 32 4MM 206, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA TRUE CMFT SFTY CALIBRE 31 5MM.. 206, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA TRUE CMFT SFTY CALIBRE 32 4MM.. 207, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA TRUE CMFT SFTY, CALIBRE 31, 6MM 207, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA TRUE COMFORT CALIBRE 31 8MM 207, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA TRUE COMFORT CALIBRE 31X5MM 207, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA TRUE COMFORT CALIBRE 31X6MM 207, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA TRUE COMFORT CALIBRE 32 5MM 207, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA TRUE COMFORT CALIBRE 32 6MM 207, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA TRUE COMFORT CALIBRE 32X4MM 207, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA TRUE COMFORT CALIBRE 33 4MM 207, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA TRUE COMFORT CALIBRE 33 5MM 207, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA TRUE COMFORT CALIBRE 33 6MM 207, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA TRUE-CMFRT PRO CALIBRE 31 5MM.... 207, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA TRUE-CMFRT PRO CALIBRE 31 6MM.... 207, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA TRUE-CMFRT PRO CALIBRE 31 8MM.... 207, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA TRUE-CMFRT PRO CALIBRE 32 4MM.... 207, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA TRUEPLUS CALIBRE 29 x 1/2 ..... 207, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA TRUEPLUS CALIBRE 31 X 1/4 ..... 207, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA TRUEPLUS CALIBRE 31X3/16 ..... 207, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA TRUEPLUS CALIBRE 31X5/16 ..... 207, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA TRUEPLUS CALIBRE 32X5/32 ..... 207, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA ULTICARE 12MM CALIBRE 29 ..... 208, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA ULTICARE 4MM CALIBRE 32 MICRO, CALIBRE 32X4MM..... 208, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA ULTICARE 6MM CALIBRE 31 ..... 208, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA ULTICARE 6MM CALIBRE 32 ..... 208, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA ULTICARE 8MM CALIBRE 31 ..... 208, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA ULTICARE CALIBRE 31X3/16 ..... 208, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA ULTILET 208, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA ULTILET 4MM CALIBRE 32 ..... 208, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA ULTRA FLO CALIBRE 31 5MM 209, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA ULTRA FLO CALIBRE 31 8MM 209, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA ULTRA FLO CALIBRE 32 4MM 209, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA ULTRA FLO CALIBRE 33 4MM 209, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA ULTRACARE CALIBRE 31X1/4 ..... 210, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA ULTRACARE CALIBRE 31X3/16 ..... 210, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA ULTRACARE CALIBRE 31X5/16 ..... 210, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA ULTRACARE CALIBRE 32X1/4 ..... 210, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA ULTRACARE CALIBRE 32X3/16 ..... 210, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA ULTRACARE CALIBRE 32X5/32 ..... 210, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA ULTRACARE CALIBRE 33X5/32 ..... 210, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA ULTRA-FINE CALIBRE 29 12.7MM 209, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA ULTRA-FINE CALIBRE 31 5MM 209, 211, 212

AGUJA PARA PLUMA ULTRA-FINE CALIBRE 31 8MM 209, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA ULTRA-FINE CALIBRE 32 6MM 209, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA ULTRA-THIN II CALIBRE 29X1/2 ..... 209, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA ULTRA-THIN II CALIBRE 31X5/16 ..... 209, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA UNIFINE OTC CALIBRE 31 5MM 210, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA UNIFINE OTC CALIBRE 32 4MM 210, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA UNIFINE ULTR CALIBRE 34 3.5MM 210, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA UNIFINE ULTRA CALIBRE 29 12MM 210, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA UNIFINE ULTRA CALIBRE 31 5MM 210, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA UNIFINE ULTRA CALIBRE 31 6MM 210, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA UNIFINE ULTRA CALIBRE 31 8MM 210, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA UNIFINE ULTRA CALIBRE 32 4MM 210, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA UNIFINE ULTRA CALIBRE 32 6MM 210, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA VERIFINE CALIBRE 29 12MM 210, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA VERIFINE CALIBRE 31 5MM 210, 211, 212
AGUJA PARA PLUMA VERIFINE CALIBRE 31 X 6MM 211, 212
AGUJA PARA PLUMA VERIFINE CALIBRE 31 X 8MM 211, 212
AGUJA PARA PLUMA VERIFINE CALIBRE 32 6MM 211, 212
AGUJA PARA PLUMA VERIFINE CALIBRE 32 X 4MM 211, 212
AGUJA PARA PLUMA VERIFINE CALIBRE 32 x 5MM 211, 212
AGUJA PARA PLUMA VERIFINE PLUS CALIBRE 31 5MM 211, 212
AGUJA PARA PLUMA VERIFINE PLUS CALIBRE 31 8MM 211, 212
AGUJA PARA PLUMA VERIFINE PLUS CALIBRE 32 4MM 211, 212
AGUJA PARA PLUMA VERIFINE PLUS CALIBRE 32 4MM-CONTENEDOR CORTOPUNZANTE..... 211, 212
AGUJA PARA PLUMA, AGUJA PARA DIABETES, CALIBRE 29 X 1/2 ..... 204, 211, 212
AGUJA ULTRAFINA PARA PLUMA CALIBRE 32 X 4MM 209, 211, 212
AGUJAS NOVOFINE CALIBRE 32.... 204, 211, 212
AGUJAS PARA PLUMA 12MM CALIBRE 29 CALIBRE 29X12MM, ESTÉRILES..... 204, 211, 212
AGUJAS PARA PLUMA 4MM CALIBRE 32..... 204, 211, 212
AGUJAS PARA PLUMA 5MM CALIBRE 31 CALIBRE 31X5MM, ESTÉRILES, MINI (VENTA LIBRE)..... 204, 211, 212
AGUJAS PARA PLUMA 8MM CALIBRE 31 CALIBRE 31X8MM, ESTÉRIL, CORTAS (VENTA LIBRE)204, 211, 212
AGUJAS PARA PLUMA ADVOCATE 5MM CALIBRE 31 ..... 195, 211, 212
AGUJAS PARA PLUMA ADVOCATE 8MM CALIBRE 31 ..... 195, 211, 212
AGUJAS PARA PLUMA CAREFINE 6MM CALIBRE 32 ..... 196, 211, 212
AGUJAS PARA PLUMA CAREFINE 8MM CALIBRE 31 ..... 196, 211, 212
AGUJAS PARA PLUMA COMFORT EZ 4MM CALIBRE 32 DE UN SOLO USO, MICRO 197, 211, 212
AGUJAS PARA PLUMA COMFORT EZ 4MM CALIBRE 33 ..... 197, 211, 212
AGUJAS PARA PLUMA COMFORT EZ 5MM CALIBRE 31 MINI .. 197, 211, 212
AGUJAS PARA PLUMA COMFORT EZ 5MM CALIBRE 32 DE UN SOLO USO, MINI, HRI..... 197, 211, 212
AGUJAS PARA PLUMA COMFORT EZ 5MM CALIBRE 33 ..... 197, 211, 212
AGUJAS PARA PLUMA COMFORT EZ 6MM CALIBRE 31 ..... 197, 211, 212
AGUJAS PARA PLUMA COMFORT EZ 6MM CALIBRE 32 ..... 197, 211, 212

AGUJAS PARA PLUMA COMFORT EZ 6MM CALIBRE 33 ..... 197, 211, 212
AGUJAS PARA PLUMA COMFORT EZ 8 MM CALIBRE 33 ..... 197, 211, 212
AGUJAS PARA PLUMA COMFORT EZ 8MM CALIBRE 31 CORTAS... 197, 211, 212
AGUJAS PARA PLUMA COMFORT EZ 8MM CALIBRE 32 ..... 197, 211, 212
AGUJAS PARA PLUMA SURE-FINE 12.7MM 206, 211, 212
AGUJAS PARA PLUMA SURE-FINE 5MM 206, 211, 212
AGUJAS PARA PLUMA SURE-FINE 8MM 206, 211, 212
AGUJAS PARA PLUMA ULTRA FLO 12MM CALIBRE 29 ..... 209, 211, 212
AKEEGA 289
ALECENSA..... 23
ALMOHADILLA CON ALCOHOL AL 70% CARETOUCH..... 196, 211, 212
ALMOHADILLA CON ALCOHOL AL 70% EASY COMFORT 199, 211, 212
ALMOHADILLA CON ALCOHOL AL 70% KENDALL 202, 211, 212
ALMOHADILLAS CON ALCOHOL .. 195, 211, 212
ALMOHADILLAS CON ALCOHOL AL 70% EASY TOUCH ESTERILIZADAS POR RAYOS GAMMA 200, 211, 212
ALMOHADILLAS CON ALCOHOL AL 70% EASYLIFE 200, 211, 212
ALMOHADILLAS CON ALCOHOL AL 70% HEB INCONTROL 202, 211, 212
ALMOHADILLAS CON ALCOHOL AL 70% PRO COMFORT 204, 211, 212
ALMOHADILLAS CON ALCOHOL AL 70% PRO-COMFORT..... 204, 211, 212
ALMOHADILLAS CON ALCOHOL AL 70% PURE COMFORT..... 205, 211, 212
ALMOHADILLAS CON ALCOHOL AL 70% TRUE COMFORT 207, 211, 212
ALMOHADILLAS DE ALCOHOL AL 70% DROPSAFE..... 198, 211, 212
ALMOHADILLAS DE ALCOHOL SURE COMFORT 205, 211, 212
ALMOHADILLAS DE ALCOHOL SURE-PREP 206, 211, 212
ALMOHADILLAS DE ALCOHOL TRUE COMFORT PRO 207, 211, 212
ALMOHADILLAS DE GASA CURITY 197, 211, 212
ALMOHADILLAS ESTÉRILES 2 201, 211, 212
ALMOHADILLAS ESTÉRILES RA 2. 205, 211, 212
ALTRENO 439
ALUNBRIG COMPRIMIDO ORAL 180 MG, 30 MG, 90 MG 67
ALUNBRIG COMPRIMIDO ORAL, PAQUETE DE DOSIS 67
ALVAIZ..... 130
ALYFTREK COMPRIMIDO ORAL 10-50-125 MG, 4-20-50 MG 474
Alyq..... 402
Ambrisentan 25
ANKTIVA 295
Apomorfina 32
ARCALYST 348, 349
ARIKAYCE..... 26
Armodafinil 278
ASSURE ID DUO-SHIELD CALIBRE 30X3/16..... 195, 211, 212
ASSURE ID DUO-SHIELD CALIBRE 30X5/16..... 195, 211, 212
ATTRUBY..... 11, 12
AUGTYRO CÁPSULA ORAL 160 MG, 40 MG 341
AUSTEDO COMPRIMIDO ORAL 12 MG, 6 MG, 9 MG..... 106
AUSTEDO XR COMPRIMIDO ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 12 MG, 18 MG, 24 MG, 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG, 6 MG..... 106
AUSTEDO XR KIT DE TITULACIÓN (SEM1-4) 106
AUTOINYECTOR ANDEMBRY 166
AUTOINYECTOR DE AIMOVIG 143
AUTOINYECTOR SUBCUTÁNEO NUCALA..... 260, 262
AUTOINYECTOR YUFLYMA(CF) . 16, 17
AVMAPKI..... 47

AVMAPKI-FAKZYNJA 47
AYVAKIT 44
B
BALVERSA COMPRIMIDO ORAL 3 MG, 4 MG, 5 MG 142
BD ECLIPSE CALIBRE 30X1/2 .. 195, 211, 212
BD SAFETGLD INS 0.3 ML CALIBRE 29 13MM 195, 211, 212
BD SAFETYGLD INS 0.3 ML CALIBRE 31 8MM 196, 211, 212
BD SAFETYGLD INS 0.5 ML CALIBRE 30 8MM 196, 211, 212
BD SAFETYGLD INS 1 ML CALIBRE 29 13MM 196, 211, 212
BD SAFETYGLID INS 1 ML 6MM X CALIBRE 31 ..... 196, 211, 212
BD SAFTYGLD INS 0.3 ML 6 MM x CALIBRE 31 ..... 196, 211, 212
BD SAFTYGLD INS 0.5 ML 6MM X CALIBRE 31 ..... 196, 211, 212
BD SAFTYGLD INS 0.5 ML CALIBRE 29 13MM 196, 211, 212
BD VEO INS 0.3 ML 6MM X CALIBRE 31 (1/2) 196, 211, 212
BENDAMUSTINA SOLUCIÓN INTRAVENOSA 57
Bendamustina solución para reconstitución intravenosa 57
BENDEKA 57
BENLYSTA SUBCUTÁNEO 54
BEQALZI 395
BEQALZI PAQUETE INICIAL 395
BESREMI 362
Betaína 60
Bexaroteno 62
BIZENGRI 487
BORUZU 64
Bosentan comprimido oral 65
BOSULIF CÁPSULA ORAL 100 MG, 50 MG 66
BOSULIF COMPRIMIDO ORAL 100 MG, 500 MG 66
Bosutinib comprimido oral 100 mg, 400 mg, 500 mg 66
BRAFTOVI 134
BRUKINSA CÁPSULA ORAL 486
BRUKINSA COMPRIMIDO ORAL 486
C
CABOMETYX COMPRIMIDO ORAL 20 MG, 40 MG, 60 MG 71
CALQUENCE (MALEATO DE ACALABRUTINIB) 10
CAMCEVI (6 MESES) 235
CAMZYOS 257
CAPRELSA COMPRIMIDO ORAL 100 MG, 300 MG 473
CÁPSULA ORAL DE TALÓMIDES 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG 428
CAYSTON 51
CERDELGA 128
CIMZIA 79, 80
CIMZIA KIT INICIAL 79, 80
CIMZIA POLVO PARA RECONSTITUCIÓN 79, 80
CINRYZE 68
Cipionato de testosterona 423
Citrato de fentanilo, pastilla para chupar con aplicador bucal 153
Cladribina (esclerosis múltiple) comprimido oral 10 mg (paquete de 10), 10 mg (paquete de 4), 10 mg (paquete de 5), 10 mg (paquete de 6), 10 mg (paquete de 7), 10 mg (paquete de 8), 10 mg (paquete de 9) 82
Cladribina 10 mg x 10 comprimidos, paquete exterior 82
CLICKFINE UNIVERSAL CALIBRE 31 X 1/4 ..... 196, 211, 212
COMETRIQ CÁPSULA ORAL 100 MG/DÍA (80 MG X1-20 MG X1), 140 MG/DÍA (80 MG X1-20 MG X3), 60 MG/DÍA (20 MG X 3/DÍA) 70
COMFORT EZ 0.3 ML CALIBRE 31 15/64 ..... 196, 211, 212
COMFORT EZ 0.5 ML CALIBRE 31 15/64 ..... 196, 211, 212
COMFORT EZ INS 0.3 ML CALIBRE 30X1/2 ..... 196, 211, 212
COMFORT EZ INS 0.3 ML CALIBRE 30X5/16 ..... 196, 211, 212

COMFORT EZ INS 1 ML CALIBRE 31 15/64 ..... 197, 211, 212
COMFORT EZ INS 1 ML CALIBRE 31X5/16..... 197, 211, 212
Comprimido oral de fenilbutirato de sodio 385
Concentrado oral de oxicodona 181, 182
COPIKTRA..... 119
CORTROPHIN INYECCIÓN DE GEL .. 86, 87
CORTROPHIN JERINGA SUBCUTÁNEA DE GEL 40 UNIDADES/0.5 ML, 80 UNIDADES/ML 86, 87
COSENTYX (2 JERINGAS)..... 369, 370
COTELLIC 85
Crema tópica de lidocaína-prilocaína 245
CRESEMBA ORAL 218
CYLTEZO(CF)..... 18, 19
D
Dalfampridina 93
DANYELZA..... 279
DANZITEN 285
DARZALEX 94
DARZALEX FASPRO..... 95
Dasatinib comprimido oral 100 mg, 140 mg, 20 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg 98
DATROWAY 99
DAURISMO COMPRIMIDO ORAL 100 MG, 25 MG..... 170
DAWNZERA..... 111
Deferasirox..... 101, 102
Deferiprona 103, 104
DERMACEA 2 ..... 198, 211, 212
DERMACEA NO TEJIDA 2.. 198, 211, 212
Dermacinrx Lidocan 5% parche exterior 244
DIACOMIT CÁPSULA ORAL 250 MG, 500 MG 400
DIACOMIT POLVO ORAL EN SOBRE 250 MG, 500 MG..... 400
Diclofenaco epolamina 108
Diclofenaco solución tópica de sodio en bomba de dosis dosificada 107
Dimetilfumarato cápsula oral de liberación tardía (DR/EC) 120 mg, 120 mg (14) - 240 mg (46), 240 mg..... 109
DOPTELET (PAQUETE DE 10 COMPRIMIDOS)..... 45, 46
DOPTELET (PAQUETE DE 15 COMPRIMIDOS)..... 45, 46
DOPTELET (PAQUETE DE 30 COMPRIMIDOS)..... 45, 46
DOPTELET SPRINKLE 45, 46
Dronabinol cápsula oral 114
DROPLET 0.3 ML CALIBRE 29 12.7 MM (1/2) EXTERIOR 198, 211, 212
DROPLET 0.3 ML CALIBRE 30 12.7 MM (1/2) EXTERIOR 198, 211, 212
DROPLET 0.5 ML CALIBRE 29X12.5MM (1/2)..... 198, 211, 212
DROPLET 0.5 ML CALIBRE 30X12.5MM (1/2)..... 198, 211, 212
DROPLET INS 0.3 ML CALIBRE 29X12.5MM..... 198, 211, 212
DROPLET INS 0.3 ML CALIBRE 30 8MM (1/2) EXTERIOR 198, 211, 212
DROPLET INS 0.3 ml CALIBRE 30X12.5MM..... 198, 211, 212
DROPLET INS 0.3 ML CALIBRE 31 6 MM (1/2) EXTERIOR..... 198, 211, 212
DROPLET INS 0.3 ML CALIBRE 31 8MM (1/2) EXTERIOR 198, 211, 212
DROPLET INS 0.5 ML CALIBRE 29 12.7 MM EXTERIOR..... 198, 211, 212
DROPLET INS 0.5 ML CALIBRE 30 12.7MM EXTERIOR..... 198, 211, 212
DROPLET INS 0.5 ML CALIBRE 30X6MM (1/2)..... 198, 211, 212
DROPLET INS 0.5 ML CALIBRE 30X8MM (1/2)..... 198, 211, 212
DROPLET INS 0.5 ML CALIBRE 31X6MM (1/2)..... 198, 211, 212
DROPLET INS 0.5 ML CALIBRE 31X8MM (1/2)..... 198, 211, 212
DROPLET MICRON CALIBRE 34 X 9/64 ..... 198, 211, 212
Droxidopa 115
E
EASY COMFORT 0.3 ML CALIBRE 31 1/2 ..... 199, 211, 212
EASY COMFORT 0.3 ML CALIBRE 31 5/16 ..... 199, 211, 212

EASY COMFORT 0.5 ML CALIBRE 30X1/2..... 199, 211, 212
EASY COMFORT 0.5 ML CALIBRE 31X5/16..... 199, 211, 212
EASY COMFORT 0.5 ML CALIBRE 32X5/16..... 199, 211, 212
EASY COMFORT 1 ML CALIBRE 31X5/16..... 199, 211, 212
EASY COMFORT 1 ML CALIBRE 32X5/16..... 199, 211, 212
EASY GLIDE INS 0.3 ML CALIBRE 31X6MM..... 199, 211, 212
EASY GLIDE INS 0.5 ML CALIBRE 31X6MM..... 199, 211, 212
EASY GLIDE INS 1 ML CALIBRE 31X6MM..... 199, 211, 212
EASY TOUCH 0.3 ML CALIBRE 30 8MM (1/2)..... 199, 211, 212
EASY TOUCH 0.3 ML CALIBRE 31 6MM (1/2)..... 199, 211, 212
EASY TOUCH 0.3 ML CALIBRE 31 8MM (1/2)..... 199, 211, 212
EASY TOUCH AUTO 0.5 ML CALIBRE 30 6MM 200, 211, 212
EASY TOUCH AUTO 0.5 ML CALIBRE 30 8MM 200, 211, 212
EASY TOUCH AUTORET 1 ML CALIBRE 30 6MM 200, 211, 212
EASY TOUCH AUTORET 1 ML CALIBRE 30 8MM 200, 211, 212
EASY TOUCH FLIPLOK 1 ML CALIBRE 27X0.5..... 200, 211, 212
EASY TOUCH INS 0.3 ML CALIBRE 30 8MM 200, 211, 212
EASY TOUCH INS 0.3 ML CALIBRE 31 8MM 200, 211, 212
EASY TOUCH INS 0.5 ML CALIBRE 30 8MM 200, 211, 212
EASY TOUCH INS 0.5 ML CALIBRE 31 6MM 200, 211, 212
EASY TOUCH INS 0.5 ML CALIBRE 31 8MM 200, 211, 212
EASY TOUCH INS 1 ML 27G 1/2200, 211, 212
EASY TOUCH INS 1 ML 28G 12.7MM 200, 211, 212
EGRIFTA SV..... 420
EGRIFTA WR 420
ELAHERE 273
ELIGARD 236
ELIGARD (3 MESES) 236
ELIGARD (4 MESES) 236
ELIGARD (6 MESES) 236
ELREXFIO 44 MG/1.1 ML DE VIAL INTERIOR, SUV, P/F 129
ELREXFIO SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA 40 MG/ML 129
EMRELIS 415
Enantato de testosterona 424, 425
ENBREL JERINGA SUBCUTÁNEA .. 146, 147
ENBREL MINI..... 146, 147
ENBREL SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA146, 147
ENBREL SURECLICK..... 146, 147
ENSACOVE CÁPSULA ORAL 100 MG, 25 MG 135
ENSPRYNG 367, 368
EPCLUSA COMPRIMIDO ORAL 386, 387
EPCLUSA PELLETS ORALES EN SOBRE 150-37.5 MG, 200-50 MG ... 386, 387
EPIDIOLEX..... 72
EPKINLY 139
ERBITUX 81
ERIVEDGE..... 481
ERLEADA COMPRIMIDO ORAL 240 MG, 60 MG..... 31
Erlotinib comprimido oral 100 mg, 150 mg, 25 mg 144
ESPONJA DE USO VERSALON 25'S,N-ESTÉRIL, 3PLY 211, 212
ESPONJAS DE GASA CURITY (12 PLIEGUES) - 200/BOLSA. 197, 211, 212
ESPONJAS LISCO 100/BOLSA .. 202, 211, 212
Everolimus (antineoplásico) comprimido oral 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg..... 148
Everolimus (antineoplásico) comprimido oral para suspensión..... 149
EVRYSDI COMPRIMIDO ORAL 357, 358

EVRYSDI SOLUCIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN 357, 358
EXEL U100 0.3 ML CALIBRE 29X1/2 201, 211, 212
EXEL U100 0.3 ML CALIBRE 30X5/16 ..... 201, 211, 212
EXXUA COMPRIMIDO ORAL DE LIBERACIÓN PROLONGADA 24 HORAS 168
EXXUA COMPRIMIDO ORAL, PAQUETE DE DOSIS DE LIBERACIÓN EXTENDIDA 24 HORAS 168
F
FAKZYNJA 47
FASENRA 58, 59
Fenilbutirato de glicerol 177
FERRIPROX SOLUCIÓN ORAL . 103, 104
Fingolimod 159
FINTEPLA 152
FOTIVDA 431
FRUZAQLA CÁPSULA ORAL 1 MG, 5 MG 162
FYARRO 382
G
GALAFOLD 268, 269
GASA BORDEADA 2 ..... 196, 211, 212
GASA DERMACEA 2 ..... 198, 211, 212
GATTEX 30-VIAL 414
GAVRETO 334
Gefitinib 167
Gel transdérmico de testosterona en bomba de dosis dosificada 12.5 mg/1.25 gramos (1%), 20.25 mg/1.25 gramos (1.62%) 421, 422
Gel transdérmico de testosterona en sobre, 1% (25 mg/2.5 gramos), 1% (50 mg/5 gramos) 421, 422
GILOTRIF 22
Glutamina (anemia falciforme) 242
GNP ULT C 0.3 ML CALIBRE 29X1/2 201, 211, 212
GNP ULT CMFRT 0.5 ML CALIBRE 29X1/2 ..... 201, 211, 212
GNP ULTR CMFRT 0.5 ML CALIBRE 30X5/16 ..... 201, 211, 212
GOMEKLI CÁPSULA ORAL 1 MG, 2 MG 272
GOMEKLI COMPRIMIDO ORAL PARA SUSPENSIÓN 272
H
HADLIMA 20, 21
HADLIMA PUSHTOUCH 20, 21
HADLIMA(CF) 20, 21
HADLIMA(CF) PUSHTOUCH 20, 21
HARVONI COMPRIMIDO ORAL 229
HEALTHWISE INS 0.3 ML CALIBRE 30X5/16 ..... 201, 211, 212
HEALTHWISE INS 0.3 ML CALIBRE 31X5/16 ..... 201, 211, 212
HEALTHWISE INS 0.5 ML CALIBRE 30X5/16 ..... 201, 211, 212
HEALTHWISE INS 0.5 ML CALIBRE 31X5/16 ..... 201, 211, 212
HEALTHWISE INS 1 ML CALIBRE 30X5/16 ..... 201, 211, 212
HEALTHWISE INS 1 ML CALIBRE 31X5/16 ..... 201, 211, 212
HEALTHY ACCENTS PENTIP 5MM CALIBRE 31 ..... 201, 211, 212
HEALTHY ACCENTS PENTIP 6MM CALIBRE 31 ..... 202, 211, 212
HEALTHY ACCENTS PENTIP 8MM CALIBRE 31 ..... 202, 211, 212
HEALTHY ACCENTS PENTP 12MM CALIBRE 29 ..... 202, 211, 212
HERCEPTIN HYLECTA 445
HERNEXEOS 491
HETLIOZ LQ 411
HISOPO BD DE USO ÚNICO 196, 211, 212
HISOPOS CON ALCOHOL ESTÉRILES ULTILET 208, 211, 212
HISOPOS DE ALCOHOL ESTÉRILES GNP, DOS CAPAS 201, 211, 212
HUMIRA KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA 40 MG/0.8 ML 14, 15
HUMIRA(CF) 14, 15
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS INICIAL 14, 15
HYRNUO 378

I
IBRANCE 311
IBTROZI 408
Ibuprofeno-famotidina 185
Icatibant 186
ICLUSIG 330
IDHIFA 133
Imatinib comprimido oral 100 mg, 400 mg 188
IMBRUVICA CÁPSULA ORAL 140 MG, 70 MG 184
IMBRUVICA COMPRIMIDO ORAL ... 184
IMBRUVICA SUSPENSIÓN ORAL 184
IMDELLTRA 410
IMJUDO 447
IMKELDI 189
IMPAVIDO 271
INBRIJA INHALATORIA CÁPSULA, CON DISPOSITIVO DE INHALACIÓN 241
INCRELEX 258
Infliximab 193, 194
INGREZZA 472
INGREZZA INITIATION PK (TARDIV) 472
INGREZZA SPRINKLE 472
INICIACIÓN OTEZLA XR 34, 35
INLURIYO 191
INLYTA COMPRIMIDO ORAL 1 MG, 5 MG 49
INQOVI 100
INREBIC 151
INSULINA DROPSAFE 1 ML CALIBRE 29 12.5MM 199, 211, 212
INSULINA EASY TOUCH 1 ML CALIBRE 29X1/2 ..... 200, 211, 212
INSULINA EASY TOUCH 1 ML CALIBRE 30X1/2 ..... 200, 211, 212
INSULINA EASY TOUCH 1 ML CALIBRE 30X5/16 ..... 200, 211, 212
INSULINA EASY TOUCH 1 ML CALIBRE 31X5/16 ..... 200, 211, 212
INSULINA EASY TOUCH LUER LOK 1 ML 200, 211, 212
Inyección de bortezomib 64
IQIRVO 123, 124
ITOVEBI COMPRIMIDO ORAL 3 MG, 9 MG 192
IWILFIN 121
J
JAKAFI 364
JAKAFI XR 364
JASCAYD 281, 282
JAVADIN 84
Javygtor comprimido oral, soluble 365
JAYPIRCA COMPRIMIDO ORAL 100 MG, 50 MG 328
JEMPERLI 113
JERINGA ASSURE ID 0.5 ML CALIBRE 31X15/64 ..... 195, 211, 212
JERINGA ASSURE ID 1 ML CALIBRE 31X15/64 ..... 195, 211, 212
JERINGA BD SAFETYGLIDE CALIBRE 27X5/8 ..... 196, 211, 212
JERINGA CARETOUCH 0.3 ML CALIBRE 31X5/16 ..... 196, 211, 212
JERINGA CARETOUCH 0.5 ML CALIBRE 30X5/16 ..... 196, 211, 212
JERINGA CARETOUCH 0.5 ML CALIBRE 31X5/16 ..... 196, 211, 212
JERINGA CARETOUCH 1 ML CALIBRE 28X5/16 ..... 196, 211, 212
JERINGA CARETOUCH 1 ML CALIBRE 29X5/16 ..... 196, 211, 212
JERINGA CARETOUCH 1 ML CALIBRE 30X5/16 ..... 196, 211, 212
JERINGA CARETOUCH 1 ML CALIBRE 31X5/16 ..... 196, 211, 212
JERINGA COMFORT EZ 0.3 ML CALIBRE 29X1/2 ..... 197, 211, 212
JERINGA COMFORT EZ 0.5 ML CALIBRE 28X1/2 ..... 197, 211, 212
JERINGA COMFORT EZ 0.5 ML CALIBRE 29X1/2 ..... 197, 211, 212
JERINGA COMFORT EZ 0.5 ML CALIBRE 30X1/2 ..... 197, 211, 212
JERINGA COMFORT EZ 1 ML 27G 12.7MM 197, 211, 212
JERINGA COMFORT EZ 1 ML CALIBRE 28X1/2 ..... 197, 211, 212
JERINGA COMFORT EZ 1 ML CALIBRE 29X1/2 ..... 197, 211, 212

JERINGA COMFORT EZ 1 ML CALIBRE 30X1/2..... 197, 211, 212
JERINGA COMFORT EZ 1 ML CALIBRE 30X5/16..... 197, 211, 212
JERINGA DE SEGURIDAD 0.5 ML CALIBRE 30 1/2 ..... 205, 211, 212
JERINGA DE SEGURIDAD PARA INSULINA ASSURE ID 1 ML CALIBRE 29 X 1/2 ..... 195, 211, 212
JERINGA DUPIXENT..... 116, 118
JERINGA EASY COMFORT 0.5 ML .. 199, 211, 212
JERINGA EASY COMFORT 0.5 ML CALIBRE 29 8MM 199, 211, 212
JERINGA EASY COMFORT 1 ML CALIBRE 29 8MM 199, 211, 212
JERINGA EASY COMFORT 1 ML CALIBRE 30X1/2 ..... 199, 211, 212
JERINGA EASY TOUCH 0.3 ML CALIBRE 30X1/2 ..... 199, 211, 212
JERINGA EASY TOUCH 0.5 ML 28G 12.7MM 200, 211, 212
JERINGA EASY TOUCH 0.5 ML CALIBRE 27X1/2 ..... 199, 211, 212
JERINGA EASY TOUCH 0.5 ML CALIBRE 29 12.7MM 200, 211, 212
JERINGA EASY TOUCH 0.5 ML CALIBRE 29X1/2 ..... 199, 211, 212
JERINGA EASY TOUCH 0.5 ML CALIBRE 30X1/2 ..... 199, 211, 212
JERINGA EASY TOUCH 0.5 ML CALIBRE 30X5/16 ..... 199, 211, 212
JERINGA EASY TOUCH 1 ML 27G 16MM 200, 211, 212
JERINGA EASY TOUCH 1 ML CALIBRE 29X1/2..... 199, 211, 212
JERINGA EASY TOUCH 1 ML CALIBRE 30X1/2..... 200, 211, 212
JERINGA EASY TOUCH UNI-SLIP 1 ML 200, 211, 212
JERINGA EASYLIFE 1 ML CALIBRE 30 12.7MM 201, 211, 212
JERINGA EMGALITY JERINGA SUBCUTÁNEA 120 MG/ML, 300 MG/3 ML (100 MG/ML x 3) 164
JERINGA GNP ULTRA COMFORT 1 ML 201, 211, 212
JERINGA GNP ULTRA COMFORT 3/10 ML..... 201, 211, 212
JERINGA LITETOUCH 0.5 ML CALIBRE 28X1/2..... 203, 211, 212
JERINGA LITETOUCH 0.5 ML CALIBRE 29X1/2..... 203, 211, 212
JERINGA LITETOUCH 0.5 ML CALIBRE 30X5/16..... 203, 211, 212
JERINGA LITETOUCH 1 ML CALIBRE 28X1/2..... 203, 211, 212
JERINGA LITETOUCH 1 ML CALIBRE 29X1/2..... 203, 211, 212
JERINGA LITETOUCH 1 ML CALIBRE 30X5/16..... 203, 211, 212
JERINGA MONOJECT 0.3 ML.... 204, 211, 212
JERINGA MONOJECT 0.5 ML.... 204, 211, 212
JERINGA MONOJECT 0.5 ML CALIBRE 28X1/2..... 203, 211, 212
JERINGA MONOJECT 1 ML 204, 211, 212
JERINGA MONOJECT 1 ML 27X1/2.. 203, 211, 212
JERINGA MONOJECT 1 ML CALIBRE 28X1/2..... 203, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA 0.3 ML .. 202, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA 0.3 ML CALIBRE 31X1/4 ..... 202, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA 0.3 ML CALIBRE 31X1/4 (1/2)..... 202, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA 0.5 ML .. 202, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA 0.5 ML 27G 1/2 ..... 202, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA 0.5 ML CALIBRE 28X1/2 ..... 202, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA 0.5 ML CALIBRE 29 x 1/2 ..... 202, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA 0.5 ML CALIBRE 30 x 1/2 ..... 202, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA 0.5 ML CALIBRE 30X5/16 ..... 202, 211, 212

JERINGA PARA INSULINA 0.5 ML CALIBRE 31X1/4 ..... 202, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA 1 ML 202, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA 1 ML 27G 1/2 ..... 202, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA 1 ML 28G x 1/2 ..... 202, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA 1 ML CALIBRE 30 x 5/16 ..... 202, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA 1 ML CALIBRE 30X1/2 ..... 202, 208, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA 1 ML CALIBRE 31 X 1/4 ..... 202, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA 1 ML CALIBRE 31X5/16 ..... 202, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA 1/2 ML .. 202, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA 3/10 ML 202, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA ADVOCATE 1 ML CALIBRE 30X5/16 .. 195, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA BD 0.3 ML 8MM X CALIBRE 31 (1/2) 195, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA BD 1 ML CALIBRE 27X12.7MM 195, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA BD 1 ML CALIBRE 27X5/8 ..... 195, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA BD UF 0.3 ML 12.7MM X CALIBRE 30 ... 195, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA BD UF 0.5 ML 12.7MM X CALIBRE 30, NO ESTÁ EN VENTA AL PÚBLICO 195, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA BD VEO 0.3 ML 6MM X CALIBRE 31 . 196, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA BD VEO 0.5 ML 6MM X CALIBRE 31 . 196, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA BD VEO 1 ML 6MM X CALIBRE 31 . 196, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA COMFORT EZ 0.3 ML..... 197, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA COMFORT EZ 0.5 ML..... 197, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA CON AGUJA U-100, JERINGA 0.3 ML CALIBRE 29, 1 ML CALIBRE 29 X 1/2 .. 202, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA CON AGUJA U-500 ..... 202, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA DROPLET 0.3 ML CALIBRE 30X6MM 198, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA DROPLET 0.3 ML CALIBRE 30X8MM 198, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA DROPLET 0.3 ML CALIBRE 31X6MM 198, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA DROPLET 0.3 ML CALIBRE 31X8MM 198, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA DROPLET 0.5 ML CALIBRE 30 8 MM EXTERIOR 198, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA DROPLET 0.5 ML CALIBRE 31 6 MM EXTERIOR 198, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA DROPLET 0.5 ML CALIBRE 31 8MM EXTERIOR 198, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA DROPLET 1 ML CALIBRE 29 12.7 MM EXTERIOR 198, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA DROPLET 1 ML CALIBRE 30 12.5 MM 198, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA DROPLET 1 ML CALIBRE 30 6MM 198, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA DROPLET 1 ML CALIBRE 30 8MM EXTERIOR 198, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA DROPLET 1 ML CALIBRE 31 6 MM EXTERIOR198, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA DROPLET 1 ML CALIBRE 31 8MM 198, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA DROPSAFE 0.3 ML CALIBRE 31 6MM 198, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA DROPSAFE 0.3 ML CALIBRE 31 8MM 198, 211, 212

JERINGA PARA INSULINA DROPSAFE 0.5 ML CALIBRE 31 6MM 198, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA DROPSAFE 0.5 ML CALIBRE 31 8MM 199, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA DROPSAFE 1 ML CALIBRE 31 6MM .. 199, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA DROPSAFE 1 ML CALIBRE 31 8MM .. 199, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA EASY COMFORT 1 ML 199, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA EASY TOUCH 1 ML..... 200, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA EASY TOUCH 1 ML CALIBRE 30 8MM... 200, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA EASY TOUCH 1 ML CALIBRE 31 6MM... 200, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA EASY TOUCH 1 ML CALIBRE 31 8MM... 200, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA EASY TOUCH 1 ML RETRÁCTIL..... 200, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA EASYLIFE 0.5 ML CALIBRE 30 8MM 201, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA EASYLIFE 1 ML CALIBRE 30 8MM 201, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA EASYLIFE 1 ML CALIBRE 31 8MM 201, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA LITE TOUCH 0.5 ML..... 202, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA LITE TOUCH 1 ML..... 202, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA MAGELLAN 0.3 ML..... 203, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA MAGELLAN 0.5 ML..... 203, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA MAGELLAN 1 ML..... 203, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA MONOJECT 0.3 ML..... 203, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA MONOJECT 0.3 ML (VENTA LIBRE)... 203, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA MONOJECT 0.5 ML..... 203, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA MONOJECT 0.5 ML (VENTA LIBRE)... 203, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA MONOJECT 1 ML 3'S (VENTA LIBRE) 203, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA MONOJECT U-100 ..... 204, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA MONOJECT U100 (VENTA LIBRE)..... 203, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA MONOJECT U100 0.5 ML EQUIVALENTE A CALIBRE 29 (VENTA LIBRE) 203, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA MONOJECT U100 0.5 ML, CALIBRE 29X1/2..... 203, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA MONOJECT U100 1 ML..... 203, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA MONOJECT U100 1 ML 3S, CALIBRE 29X1/2 ... 203, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA MONOJECT U100 1 ML SIN AGUJA (VENTA LIBRE)..... 203, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA PRODIGY 1 ML CALIBRE 28X1/2 ..... 204, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA RELION 0.3 ML CALIBRE 31X6MM ... 205, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA RELION 0.5 ML CALIBRE 31X6MM ... 205, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA RELION 1 ML CALIBRE 31X15/64 ... 205, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA SAFESNAP 100 UNIDADES 0.3 ML CALIBRE 30X5/16..... 205, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA SAFESNAP 100 UNIDADES 0.5 ML CALIBRE 29X1/2..... 205, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA SAFESNAP 100 UNIDADES 0.5 ML CALIBRE 30X5/16..... 205, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA SAFESNAP 100 UNIDADES 1 ML CALIBRE 28X1/2..... 205, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA SAFESNAP 100 UNIDADES 1 ML CALIBRE 29X1/2..... 205, 211, 212

JERINGA PARA INSULINA SURE COMFORT 3/10 ML 205, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA SURE-JECT 1 ML..... 206, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA SURE-JECT U100 0.3 ML..... 206, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA SURE-JECT U100 0.5 ML..... 206, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA SURE-JECT U100 1 ML..... 206, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA TECHLITE 1 ML CALIBRE 29X12MM . 206, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA TECHLITE 1 ML CALIBRE 30X12MM . 206, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA TECHLITE 1 ML CALIBRE 31X6MM ... 206, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA TECHLITE 1 ML CALIBRE 31X8MM ... 206, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA TERUMO U100-1 ML 206, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA TERUMO U100-1/2 ML 206, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA TERUMO U100-1/3 ML 206, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA THINPRO U100-0.3 ML 206, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA THINPRO U100-0.5 ML 206, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA THINPRO U100-1 ML 206, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA ULTILET 0.3 ML..... 208, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA ULTILET 0.5 ML..... 208, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA ULTILET 1 ML..... 208, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA ULTRA-FINE 1 ML CALIBRE 31 6MM 209, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA ULTRA-FINE 1 ML CALIBRE 31 8MM 209, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA ULTRA-THIN II 1 ML CALIBRE 29 ..... 209, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA ULTRA-THIN II 1 ML CALIBRE 30 ..... 209, 211, 212
JERINGA PARA INSULINA VERIFINE 1 ML CALIBRE 29 1/2 ..... 210, 211, 212
JERINGA PRODIGY 0.3 ML CALIBRE 31X5/16..... 204, 211, 212
JERINGA PRODIGY 0.5 ML CALIBRE 31X5/16..... 204, 211, 212
JERINGA RELION 0.3 ML CALIBRE 31X5/16..... 205, 211, 212
JERINGA RELION 0.5 ML CALIBRE 31X5/16..... 205, 211, 212
JERINGA SECURESAFE 0.5 ML CALIBRE 29 1/2 ..... 205, 211, 212
JERINGA SECURESAFE 1 ML CALIBRE 29 1/2 ..... 205, 211, 212
JERINGA SUBCUTÁNEA COSENTYX 75 MG/0.5 ML 369, 370
Jeringa subcutánea de glatiramer 20 mg/ml, 40 mg/ml 171
Jeringa subcutánea de glatopa 20 mg/ml, 40 mg/ml 171
Jeringa subcutánea lanreotida 120 mg/0.5 ml 225
JERINGA SUBCUTÁNEA NUCALA 100 MG/ML, 40 MG/0.4 ML 260, 262
JERINGA SUBCUTÁNEA RELISTOR 12 MG/0.6 ML, 8 MG/0.4 ML 263
JERINGA SUBCUTÁNEA SOMATULINE DEPOT 60 MG/0.2 ML, 90 MG/0.3 ML 225
JERINGA SUBCUTÁNEA TAKHZYRO 150 MG/ML, 300 MG/2 ML (150 MG/ML)..... 224
JERINGA SUBCUTÁNEA TREMFYA179, 180
JERINGA SURE COMFORT 0.5 ML .. 205, 211, 212
JERINGA SURE COMFORT 1 ML 205, 211, 212
JERINGA SURE COMFORT 3/10 ML 205, 211, 212
JERINGA TRUEPLUS 0.3 ML CALIBRE 29X1/2..... 207, 211, 212

JERINGA TRUEPLUS 0.3 ML CALIBRE 30X5/16..... 207, 211, 212
JERINGA TRUEPLUS 0.3 ML CALIBRE 31X5/16..... 207, 211, 212
JERINGA TRUEPLUS 0.5 ML CALIBRE 28X1/2..... 207, 211, 212
JERINGA TRUEPLUS 0.5 ML CALIBRE 29X1/2..... 207, 211, 212
JERINGA TRUEPLUS 0.5 ML CALIBRE 30X5/16..... 207, 211, 212
JERINGA TRUEPLUS 0.5 ML CALIBRE 31X5/16..... 207, 211, 212
JERINGA TRUEPLUS 1 ML CALIBRE 28X1/2..... 207, 211, 212
JERINGA TRUEPLUS 1 ML CALIBRE 29X1/2..... 207, 211, 212
JERINGA TRUEPLUS 1 ML CALIBRE 30X5/16..... 207, 211, 212
JERINGA TRUEPLUS 1 ML CALIBRE 31X5/16..... 208, 211, 212
JERINGA ULTICARE 0.3 ML CALIBRE 30X1/2..... 208, 211, 212
JERINGA ULTICARE 0.3 ML CALIBRE 31X5/16..... 208, 211, 212
JERINGA ULTICARE 0.5 ML CALIBRE 30X1/2..... 208, 211, 212
JERINGA ULTICARE 0.5 ML CALIBRE 31X5/16..... 208, 211, 212
JERINGA ULTICARE 1 ML CALIBRE 31X5/16..... 208, 211, 212
JERINGA ULTRA COMFORT 0.3 ML 208, 211, 212
JERINGA ULTRA COMFORT 0.5 ML 208, 211, 212
JERINGA ULTRA COMFORT 1 ML .. 209, 211, 212
JERINGA ULTRA FLO 0.3 ML CALIBRE 29X1/2..... 209, 211, 212
JERINGA ULTRA FLO 0.3 ML CALIBRE 30 5/16 ..... 209, 211, 212
JERINGA ULTRA FLO 0.3 ML CALIBRE 31 5/16 ..... 209, 211, 212
JERINGA ULTRA FLO 0.5 ML CALIBRE 29 1/2 ..... 209, 211, 212
JERINGA ULTRA-FINE 0.3 ML CALIBRE 31 6MM 209, 211, 212
JERINGA ULTRA-FINE 0.3 ML CALIBRE 31 8MM 209, 211, 212
JERINGA ULTRA-FINE 0.5 ML CALIBRE 31 6MM 209, 211, 212
JERINGA ULTRA-FINE 0.5 ML CALIBRE 31 8MM 209, 211, 212
JERINGA ULTRA-FINE 1 ML CALIBRE 30 12.7MM 209, 211, 212
JERINGA VANISHPOINT U-100 29X1/2 ..... 210, 211, 212
JERINGA VERIFINE 0.3 ML CALIBRE 31 5/16 ..... 211, 212
JERINGA VERIFINE 0.5 ML CALIBRE 29 1/2 ..... 211, 212
JERINGA VERIFINE 0.5 ML CALIBRE 31 5/16 ..... 211, 212
JERINGA VERIFINE 1 ML CALIBRE 31 5/16 ..... 211, 212
JIDEYTRO 488
JUXTAPID CÁPSULA ORAL 10 MG, 2 MG, 20 MG, 30 MG, 5 MG..... 248, 249
JYNARQUE COMPRIMIDO ORAL..... 438

K

KALYDECO..... 220
KERENDIA 157, 158
KEYTRUDA..... 319
KEYTRUDA QLEX..... 320
KIMMTRAK 412
KINERET 29, 30
KISQALI COMPRIMIDO ORAL 200 MG/DÍA (200 MG X 1), 400 MG/DÍA (200 MG X 2), 600 MG/DÍA (200 MG X 3) 345
KISQALI FEMARA COMPRIMIDO ORAL ENVASE CONJUNTO 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..... 346
KIT DE INYECCIÓN CABLIVI 74
KIT DE JERINGA INTRAMUSCULAR AVONEX..... 213
KIT DE PLUMA INYECTORA INTRAMUSCULAR AVONEX 213
KIT SUBCUTÁNEO BETASERON 214
Kit subcutáneo de leuprolida 233
KOMZIFTI 489

KOSELUGO CÁPSULA ORAL 10 MG, 25 MG 377
KOSELUGO CÁPSULA ORAL, ESPOLVOREAR 5 MG, 7.5 MG 377
KRAZATI 13
L
Lapatinib 226
LAZCLUZE COMPRIMIDO ORAL 240 MG, 80 MG 228
Lenalidomida 230
LENVIMA 231
LEUKINE INYECCIÓN, SOLUCIÓN PARA RECONSTITUCIÓN 366
Lidocaína HCL Solución mucosa 4% (40 mg/ml) 246
Lidocan III 244
LIFYORLI 339
LITE TOUCH CALIBRE 31X1/4 . 202, 211, 212
LITETOUCH INS 0.3 ML CALIBRE 29X1/2 ..... 202, 211, 212
LITETOUCH INS 0.3 ML CALIBRE 30X5/16 ..... 203, 211, 212
LITETOUCH INS 0.3 ML CALIBRE 31X5/16 ..... 203, 211, 212
LITETOUCH INS 0.5 ML CALIBRE 31X5/16 ..... 203, 211, 212
LIVDELZI 371, 372
LIVTENCITY 256
LONSURF COMPRIMIDO ORAL 15-6.14 MG, 20-8.19 MG 455
LOQTORZI 440
LORBRENA COMPRIMIDO ORAL 100 MG, 25 MG 251
LUMAKRAS COMPRIMIDO ORAL 120 MG, 240 MG, 320 MG 399
LUNSUMIO 275
LUNSUMIO VELO 275
LUPRON DEPOT 237, 238
LUPRON DEPOT (3 MESES) 237, 238
LUPRON DEPOT (4 MESES) 237, 238
LUPRON DEPOT (6 MESES) 237, 238
LUPRON DEPOT-PED 239, 240
LUPRON DEPOT-PED (3 MESES) 239, 240
LUTRATE DEPOT (3 MESES) 234
LYNOZYFIC SOLUCIÓN INTRAVENOSA 2 MG/ML, 20 MG/ML 247
LYNPARZA 299
LYTGOBI 163
M
Macitentan 254
MARGENZA 255
MAVYRET COMPRIMIDO ORAL 172, 173
MAXI-COMFORT INS 0.5 ML 28G 203, 211, 212
MAXICOMFORT INS 0.5 ML CALIBRE 27X1/2 ..... 203, 211, 212
MAXICOMFORT INS 1 ML CALIBRE 27X1/2 ..... 203, 211, 212
MAXI-COMFORT INS 1 ML CALIBRE 28X1/2 ..... 203, 211, 212
MAYZENT COMPRIMIDO ORAL 0.25 MG, 1 MG, 2 MG 381
MAYZENT KIT DE INICIO (PARA MANTENIMIENTO DE 1MG) 381
MAYZENT KIT DE INICIO (PARA MANTENIMIENTO DE 2MG) 381
MEKINIST COMPRIMIDO ORAL 0.5 MG, 2 MG 443
MEKINIST SOLUCIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN 442
MEKTOVI 63
Metirosina 265
Mifepristona comprimido oral 300 mg ... 267
Miglustat 270
MIPLYFFA 36
Modafinil comprimido oral 100 mg, 200 mg 278
MODEYSO 112
MOUNJARO 176
N
NERLYNX 283
NIKTIMVO 48
Nilotinib hcl cápsula oral 150 mg, 200 mg, 50 mg 284
NINLARO 222
Nintedanib 286, 287
Nitisinona 291
NIVESTYM 156

NORDITROPIN FLEXPRO..... 390, 391
NOXAFIL SUSPENSIÓN ORAL, LIBERACIÓN RETARDADA PARA RECONSTITUCIÓN..... 333
NUBEQA..... 97
NUCALA SOLUCIÓN PARA RECONSTITUCIÓN SUBCUTÁNEA 260, 262
NUPLAZID..... 325
NURTEC ODT 350, 351
NYVEPRIA 314
O
OCALIVA..... 296, 297
ODOMZO..... 394
OGIVRI..... 444
OGSIVEO COMPRIMIDO ORAL 100 MG, 150 MG, 50 MG..... 290
OJEMDA COMPRIMIDO ORAL 441
OJEMDA SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN..... 441
OJJAARA 274
Olamina de eltrombopag comprimido oral 12.5 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg ... 131, 132
Olamina de eltrombopag polvo oral de en paquete 12.5 mg, 25 mg..... 131, 132
OMLYCLO..... 305, 307
ONAPGO..... 33
ONGENTYS..... 308
ONUREG..... 50
OPDIVO 292
OPDIVO QVANTIG 293
OPDUALAG..... 294
ORENCIA..... 5, 6
ORENCIA (CON MALTOSA) 3, 4
ORENCIA CLICKJECT..... 5, 6
ORFADIN SUSPENSIÓN ORAL..... 291
ORGOVYX..... 340
ORILISSA COMPRIMIDO ORAL 150 MG, 200 MG..... 125
ORKAMBI COMPRIMIDO ORAL..... 253
ORKAMBI GRANULADO ORAL EN SOBRE..... 253
ORSERDU COMPRIMIDO ORAL 345 MG, 86 MG..... 122
OSENVELT..... 105
OTEZLA 34, 35
OTEZLA STARTER 34, 35
OTEZLA XR 34, 35
Oxibato de sodio 383, 384
OZEMPIC ORAL 175
OZEMPIC SUBCUTÁNEO 175
P
PALYNZIQ..... 317
Parche adhesivo tópico de lidocaína, medicado 5%..... 244
Pazopanib comprimido oral 200 mg, 400 mg 313
PEGASYS..... 316
PELLETS ORALES HARVONI EN SOBRE 33.75-150 MG, 45-200 MG .. 229
PEMAZYRE..... 321
Penicilamina comprimido oral..... 322, 323
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)..... 24
Pirfenidona cápsula oral..... 326, 327
Pirfenidona comprimido oral 267 mg, 534 mg, 801 mg 326, 327
Pirimetamina..... 335
PLEGRIDY INYECTOR DE PLUMA SUBCUTÁNEO 125 MCG/0.5 ML, 63 MCG/0.5 ML - 94 MCG/0.5 ML..... 215
PLEGRIDY JERINGA SUBCUTÁNEA 125 MCG/0.5 ML, 63 MCG/0.5 ML - 94 MCG/0.5 ML 215
PLUMA BESREMI 362
PLUMA COSENTYX (2 PLUMAS) 369, 370
PLUMA COSENTYX UNOREADY.... 369, 370
PLUMA CYLTEZO(CF)..... 18, 19
PLUMA CYLTEZO(CF) CROHN'S-UC-HS 18, 19
PLUMA CYLTEZO(CF) PSORIASIS-UV 18, 19
PLUMA DUPIXENT..... 116, 118
PLUMA EMGALITY..... 164
PLUMA FASENRA 58, 59
PLUMA HUMIRA 14, 15
PLUMA HUMIRA(CF)..... 14, 15

PLUMA HUMIRA(CF) CROHNS-UC-HS 14, 15
PLUMA HUMIRA(CF) PEDIÁTRICA UC 14, 15
PLUMA HUMIRA(CF) PSOR-UV-ADOL HS 14, 15
PLUMA KESIMPTA..... 298
PLUMA TREMFYA INDUCTION PK (2PLUMA)..... 179, 180
PLUMA TREMFYA INYECTOR DE PLUMA SUBCUTÁNEA 200 MG/2 ML 179, 180
Pomada tópica de lidocaína 243
Pomalidomida 329
POMALYST..... 329
Posaconazol oral 331, 332
PREVYMIS COMPRIMIDO ORAL 232
PREVYMIS PELLETS ORALES EN SOBRE..... 232
PRO COMFORT 0.5 ML CALIBRE 30X1/2..... 204, 211, 212
PRO COMFORT 0.5 ML CALIBRE 30X5/16..... 204, 211, 212
PRO COMFORT 0.5 ML CALIBRE 31X5/16..... 204, 211, 212
PRO COMFORT 1 ML CALIBRE 30X1/2 ..... 204, 211, 212
PRO COMFORT 1 ML CALIBRE 30X5/16 ..... 204, 211, 212
PRO COMFORT 1 ML CALIBRE 31X5/16 ..... 204, 211, 212
Q
QINLOCK..... 354
QULIPTA 42
R
RALDESY 446
RASONQUE..... 96
REGRANEX..... 52
RELISTOR ORAL..... 264
RELISTOR SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA 263
RETEVMO CÁPSULA ORAL 40 MG, 80 MG..... 376
RETEVMO COMPRIMIDO ORAL 120 MG, 160 MG, 40 MG, 80 MG..... 376
REVCOVI..... 126
REVUFORJ COMPRIMIDO ORAL 110 MG, 160 MG, 25 MG 344
REZDIFFRA..... 342
REZLIDHIA 300
REZUROCK..... 55
RINVOQ..... 460, 461
RINVOQ LQ..... 460, 461
RITUXAN HYCELA 359
RIVFLOZA..... 280
ROLVEDON..... 120
ROMVIMZA 480
ROZLYTREK CÁPSULA ORAL 100 MG, 200 MG..... 136
ROZLYTREK PELLETS ORALES EN SOBRE..... 137
RUBRACA 363
RYBELSUS..... 175
RYBREVANT..... 28
RYBREVANT FASPRO..... 27
RYDAPT..... 266
RYTELO..... 190
S
Sajazir 186
Sapropterina comprimido oral, soluble... 365
SCEMBLIX COMPRIMIDO ORAL 100 MG, 20 MG, 40 MG 37
SELARSDI 464, 465, 466, 467
SEROSTIM SOLUCIÓN PARA RECONSTITUCIÓN SUBCUTÁNEA 4 MG, 5 MG, 6 MG 392, 393
SIGNIFOR..... 312
Sildenafilo comprimido oral (hipertensión pulmonar)..... 379, 380
SIRTURO 53
SKYRIZI..... 355, 356
SOLUCIÓN DE INYECCIÓN DE RETACRIT 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..... 140, 141
Solución oral concentrada de morfina ... 181, 182
Solución oral de itraconazol..... 219

SOLUCIÓN PARA RECONSTITUCIÓN SUBCUTÁNEA HAEGARDA 2,000 UNIDADES, 3,000 UNIDADES..... 69
Solución transdérmica de testosterona en bomba dosificada con aplicación 421, 422
SOMAVERT..... 318
Sorafenib..... 396
SPRAVATO..... 145
STIVARGA..... 338
STRENSIQ..... 38, 39
SUBVENITE SUSPENSIÓN ORAL..... 223
Sulfato de quinina..... 336
Sunitinib malate..... 401
SURE COMFORT INS 0.3 ML CALIBRE 31X1/4..... 205, 211, 212
SURE COMFORT INS 0.5 ML CALIBRE 31X1/4..... 205, 211, 212
SURE COMFORT INS 1 ML CALIBRE 31X1/4..... 205, 211, 212
SYMDEKO..... 427
SYMPAZAN..... 83
SYNAREL..... 276, 277
SYNRIBO..... 301
T
TABRECTA..... 75
Tadalafil comprimido oral 2.5 mg, 5 mg 403
TAFINLAR CÁPSULA ORAL..... 90
TAFINLAR COMPRIMIDO ORAL PARA SUSPENSIÓN..... 91
TAGRISSO..... 309
TAKHZYRO SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA..... 224
TALVEY..... 409
TALZENNA..... 406, 407
Tasimelteon..... 411
TAVALISSE..... 161
TAVNEOS..... 43
TECENTRIQ..... 40
TECENTRIQ HYBREZA..... 41
TECHLITE 0.3 ML CALIBRE 29X12MM (1/2)..... 206, 211, 212
TECHLITE 0.3 ML CALIBRE 30X8MM (1/2)..... 206, 211, 212
TECHLITE 0.3 ML CALIBRE 31X6MM (1/2)..... 206, 211, 212
TECHLITE 0.3 ML CALIBRE 31X8MM (1/2)..... 206, 211, 212
TECHLITE 0.5 ML CALIBRE 30X12MM (1/2)..... 206, 211, 212
TECHLITE 0.5 ML CALIBRE 30X8MM (1/2)..... 206, 211, 212
TECHLITE 0.5 ML CALIBRE 31X6MM (1/2)..... 206, 211, 212
TECHLITE 0.5 ML CALIBRE 31X8MM (1/2)..... 206, 211, 212
TECVAYLI..... 413
TEPMETKO..... 417
Teriflunomida..... 418
Teriparatida pluma subcutánea 20 mcg/dosis (560 mcg/2.24 ml)..... 419
Tetrabenazina..... 426
TEVIMBRA..... 429
TIBSOVO..... 221
TIVDAK..... 430
TOALLITAS ANTISÉPTICAS PARA VÍA INTRAVENOSA..... 202, 211, 212
TOALLITAS DE ALCOHOL CURITY, 2 CAPAS, MEDIANAS..... 197, 211, 212
TOALLITAS DE ALCOHOL ISOPROPÍLICO AL 70% RA... 205, 211, 212
TOALLITAS DE ALCOHOL WEBCOL 20'S, GRANDES..... 211, 212
Tofacitinib..... 436, 437
Tolvaptan (enfermedad renal poliquística) comprimidos orales, secuenciales..... 438
Torpenz comprimido oral 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg..... 148
TRELSTAR SUSPENSIÓN INTRAMUSCULAR PARA RECONSTITUCIÓN..... 456
TREMFYA INTRAVENOSO..... 179, 180
TREMFYA ONE-PRESS..... 179, 180
Treprostinil sódico..... 450, 451
Tretinoína..... 439
Tridacaine iii..... 244
Trientina cápsula oral 250 mg..... 454
TRIKAFTA COMPRIMIDOS ORALES, SECUENCIAL..... 127
TRIKAFTA GRANULADO ORAL EN SOBRE, SECUENCIAL..... 127

TRUE CMFRT PRO 0.5 ML CALIBRE 30 5/16 ..... 206, 211, 212
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML CALIBRE 31 5/16 ..... 206, 211, 212
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML CALIBRE 32 5/16 ..... 206, 211, 212
TRUE COMFORT 0.5 ML CALIBRE 30 1/2 ..... 207, 211, 212
TRUE COMFORT 0.5 ML CALIBRE 30 5/16 ..... 207, 211, 212
TRUE COMFORT 0.5 ML CALIBRE 31 5/16 ..... 207, 211, 212
TRUE COMFORT 0.5 ML CALIBRE 31X5/16..... 207, 211, 212
TRUE COMFORT 1 ML CALIBRE 31X5/16..... 207, 211, 212
TRUE COMFORT PRO 1 ML CALIBRE 30 1/2 ..... 207, 211, 212
TRUE COMFORT PRO 1 ML CALIBRE 30 5/16 ..... 207, 211, 212
TRUE COMFORT PRO 1 ML CALIBRE 31 5/16 ..... 207, 211, 212
TRUE COMFORT PRO 1 ML CALIBRE 32 5/16 ..... 207, 211, 212
TRUE COMFORT SFTY 1 ML CALIBRE 30 1/2 ..... 207, 211, 212
TRUE COMFRT PRO 0.5 ML CALIBRE 30 1/2 ..... 207, 211, 212
TRUE COMFRT SFTY 1 ML CALIBRE 30 5/16 ..... 207, 211, 212
TRUE COMFRT SFTY 1 ML CALIBRE 31 5/16 ..... 207, 211, 212
TRUE COMFRT SFTY 1 ML CALIBRE 32 5/16 ..... 207, 211, 212
TRULICITY 174
TRUQAP..... 73
TRUXIMA..... 360, 361
TUKYSA COMPRIMIDO ORAL 150 MG, 50 MG 457
TURALIO..... 324
TYENNE..... 432, 433, 434, 435
TYENNE AUTOINJECTOR..... 434, 435
TYMLOS 2
TYVASO 448, 449
U
UBRELVY..... 458, 459
UDENYCA ONBODY..... 315
ULT CFT 0.3 ML CALIBRE 31X5/16 . 208, 211, 212
ULTICAR INS 0.3 ML CALIBRE 31X1/4 (1/2)..... 208, 211, 212
ULTICAR INS 1 ML CALIBRE 31X1/4 ..... 208, 211, 212
ULTICARE INS 0.3 ML CALIBRE 31X1/4 ..... 208, 211, 212
ULTICARE INS 0.5 ML CALIBRE 31X1/4 ..... 208, 211, 212
ULTIGUARD SAFE 0.3 ML CALIBRE 30 12.7MM 208, 211, 212
ULTIGUARD SAFE 0.5 ML CALIBRE 30 12.7MM 208, 211, 212
ULTIGUARD SAFE 1 ML CALIBRE 30 12.7MM 208, 211, 212
ULTIGUARD SAFEPACK 1 ML CALIBRE 31 8MM 208, 211, 212
ULTIGUARD SAFEPACK CALIBRE 29 12.7MM 208, 211, 212
ULTIGUARD SAFEPACK CALIBRE 31 5MM 208, 211, 212
ULTIGUARD SAFEPACK CALIBRE 31 6MM 208, 211, 212
ULTIGUARD SAFEPACK CALIBRE 31 8MM 208, 211, 212
ULTIGUARD SAFEPACK CALIBRE 32 4MM 208, 211, 212
ULTIGUARD SAFEPACK CALIBRE 32 6MM 208, 211, 212
ULTIGUARD SAFEPK 0.3 ML CALIBRE 31 8MM 208, 211, 212
ULTIGUARD SAFEPK 0.5 ML CALIBRE 31 8MM 208, 211, 212
ULTRA COMFORT 0.3 ML CALIBRE 29X1/2..... 208, 211, 212
ULTRA COMFORT 0.5 ML CALIBRE 28X1/2..... 208, 211, 212
ULTRA COMFORT 0.5 ML CALIBRE 29X1/2..... 208, 211, 212
ULTRA COMFORT 0.5 ML CALIBRE 31X5/16..... 208, 211, 212
ULTRA COMFORT 1 ML CALIBRE 29X1/2..... 208, 211, 212

ULTRA COMFORT 1 ML CALIBRE 30X5/16..... 208, 211, 212
ULTRA COMFORT 1 ML CALIBRE 31X5/16..... 209, 211, 212
ULTRA FLO 0.3 ML CALIBRE 30 1/2 209, 211, 212
ULTRA FLO 0.3 ML CALIBRE 30 5/16 ..... 209, 211, 212
ULTRA FLO 0.3 ML CALIBRE 31 5/16 ..... 209, 211, 212
ULTRACARE INS 0.3 ML CALIBRE 30X5/16..... 209, 211, 212
ULTRACARE INS 0.3 ML CALIBRE 31X5/16..... 209, 211, 212
ULTRACARE INS 0.5 ML CALIBRE 30X1/2..... 209, 211, 212
ULTRACARE INS 0.5 ML CALIBRE 30X5/16..... 209, 211, 212
ULTRACARE INS 0.5 ML CALIBRE 31X5/16..... 209, 211, 212
ULTRACARE INS 1 ML CALIBRE 30 X 5/16 ..... 210, 211, 212
ULTRACARE INS 1 ML CALIBRE 30X1/2..... 210, 211, 212
ULTRACARE INS 1 ML CALIBRE 31 X 5/16 ..... 210, 211, 212
ULTRA-FINE 0.3 ML CALIBRE 30 12.7MM 209, 211, 212
ULTRA-FINE 0.3 ML CALIBRE 31 6MM (1/2)..... 209, 211, 212
ULTRA-FINE 0.3 ML CALIBRE 31 8MM (1/2)..... 209, 211, 212
ULTRA-FINE 0.5 ML CALIBRE 30 12.7MM 209, 211, 212
ULTRAFINE INS 0.5 ML CALIBRE 29 12.7MM 210, 211, 212
ULTRA-FINE INS 0.5 ML CALIBRE 31 6MM 209, 211, 212
ULTRA-THIN II 1 ML CALIBRE 31X5/16 ..... 209, 211, 212
ULTRA-THIN II INS 0.3 ML CALIBRE 30 ..... 209, 211, 212
ULTRA-THIN II INS 0.3 ML CALIBRE 31 ..... 209, 211, 212
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML CALIBRE 29 ..... 209, 211, 212
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML CALIBRE 30 ..... 209, 211, 212
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML CALIBRE 31 ..... 209, 211, 212
UNIFINE PENTIPS 12MM CALIBRE 29 CALIBRE 29X12MM, ESTÉRIL 210, 211, 212
UNIFINE PENTIPS 6MM CALIBRE 31 ..... 210, 211, 212
UNIFINE PENTIPS 8MM CALIBRE 31 CALIBRE 31X8MM, CORTO, ESTÉRIL 210, 211, 212
UNIFINE PENTIPS CALIBRE 31X3/16 ..... 210, 211, 212
UNIFINE PENTIPS CALIBRE 32 4MM 210, 211, 212
UNIFINE PENTIPS CALIBRE 32X1/4 210, 211, 212
UNIFINE PENTIPS CALIBRE 33X5/32 ..... 210, 211, 212
UNIFINE PENTIPS MAX CALIBRE 30X3/16..... 210, 211, 212
UNIFINE PENTIPS PLUS CALIBRE 29X1/2..... 210, 211, 212
UNIFINE PENTIPS PLUS CALIBRE 30X3/16..... 210, 211, 212
UNIFINE PENTIPS PLUS CALIBRE 31 5MM 210, 211, 212
UNIFINE PENTIPS PLUS CALIBRE 31X1/4..... 210, 211, 212
UNIFINE PENTIPS PLUS CALIBRE 32X5/32..... 210, 211, 212
UNIFINE PENTIPS PLUS CALIBRE 33X5/32..... 210, 211, 212
UNIFINE PENTP 1ª CATEGORÍA 5MM CALIBRE 31 ..... 195, 211, 212
UNIFINE PNTIP 1ª CATEGORÍA 4MM CALIBRE 32 ..... 195, 211, 212
UNIFINE PNTIP 1ª CATEGORÍA 6MM CALIBRE 31 ..... 195, 211, 212
UNIFINE PNTIP DE PRIMER NIVEL 8MM CALIBRE 31 ESTÉRIL, DE UN SOLO USO, CORTO..... 195, 211, 212
UNIFINE PNTP DE PRIMER NIVEL CALIBRE 29X1/2 ..... 195, 211, 212

UNIFINE PNTP DE PRIMER NIVEL CALIBRE 31X3/16 ..... 195, 211, 212
UNIFINE PNTP DE PRIMER NIVEL CALIBRE 32X5/32 ..... 195, 211, 212
UNIFINE PROTECT CALIBRE 30 5MM 210, 211, 212
UNIFINE PROTECT CALIBRE 30 8MM 210, 211, 212
UNIFINE PROTECT CALIBRE 32 4MM 210, 211, 212
UNIFINE SAFECONTROL CALIBRE 30 5MM 210, 211, 212
UNIFINE SAFECONTROL CALIBRE 30 8MM 210, 211, 212
UNIFINE SAFECONTROL CALIBRE 31 5MM 210, 211, 212
UNIFINE SAFECONTROL CALIBRE 31 6MM 210, 211, 212
UNIFINE SAFECONTROL CALIBRE 31 8MM 210, 211, 212
UNIFINE SAFECONTROL CALIBRE 32 4MM 210, 211, 212
UPTRAVI COMPRIMIDO ORAL 1,000 MCG, 1,200 MCG, 1,400 MCG, 1,600 MCG, 100 MCG, 150 MCG, 200 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG 373, 374
UPTRAVI COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DE DOSIS 373, 374
Ustekinumab-aauz..... 462, 463
V
VALCHLOR..... 259
VANFLYTA..... 337
VANISHPOINT 0.5 ML CALIBRE 30X1/2 ..... 210, 211, 212
VANISHPOINT INS 0.5 ML CALIBRE 30 8MM EXTERIOR..... 210, 211, 212
VANISHPOINT INS 1 ML CALIBRE 30 x 3/16 ..... 210, 211, 212
VENCLEXTA COMPRIMIDO ORAL 10 MG, 100 MG, 50 MG 476
VENCLEXTA PAQUETE INICIAL 476
VENDA TÓPICA DE GASA 2 X 2..... 201, 211, 212
VEOZAH..... 154, 155
VEPPANU..... 477
VERQUVO..... 478
VERZENIO..... 7
Vigabatrina..... 479
Vigadrone..... 479
Vigpoder 479
VITRAKVI CÁPSULA ORAL 100 MG, 25 MG..... 227
VITRAKVI SOLUCIÓN ORAL 227
VIVIMUSTA 57
VIZIMPRO 92
VONJO 310
VOQUEZNA 482
VORANIGO 483
Voriconazol suspensión oral para reconstitución..... 484
VOSEVI..... 388, 389
VOWST 150
VUMERITY 110
VYALEV 160
VYLOY..... 490
VYNDAMAX..... 404, 405
W
WELIREG..... 56
WINREVAIR..... 397, 398
WM UNIFINE PENTIP PLUS 8MM CALIBRE 31 CON SAFETY CLICK211, 212
X
XALKORI CÁPSULA ORAL 88
XALKORI PELLET ORAL 150 MG, 20 MG, 50 MG..... 89
XDEMVY..... 252
XERMELO 416
XIFAXAN COMPRIMIDO ORAL 200 MG, 550 MG..... 347
XOLAIR 302, 304
XOSPATA 169
XPOVIO COMPRIMIDO ORAL 100 MG/SEMANA (50 MG X 2), 40 MG/SEMANA (10 MG X 4), 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/SEMANA (80 MG X

1), 80 MG DOS VECES POR SEMANA (160 MG/SEMANA) 375
XTANDI CÁPSULA ORAL 138
XTANDI COMPRIMIDO ORAL 40 MG, 80 MG 138
Y
Yargesa 270
YERVOY 217
YESINTEK 468, 469, 470, 471
YONSA 9
YUFLYMA(CF) 16, 17
YUFLYMA(CF) AI CROHN'S-UC-HS .. 16, 17
Yulithira comprimido oral 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg 148
YUTREPIA 452, 453
Z
ZEJULA 288
ZELBORAF 475
ZENBEXUS 183
ZIIHERA 485
ZIRABEV 61
ZOLADEX 178
ZTALMY 165
ZTLIDO 244
ZURZUVAE CÁPSULA ORAL 20 MG, 25 MG, 30 MG 492
ZYDELIG 187
ZYKADIA 78
ZYNLONTA 250
ZYNYZ 343