GOLD KIDNEY HEALTH PLAN

Requisitos de autorización previa 1/1/2027

Fecha de actualización: 10/12/2026

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	AÑO DEL PLAN
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

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	AÑO DEL PLAN
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 comprimido oral 250 mg, 500 mg*
- *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	AÑO DEL PLAN
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	Sí

ABIRATERONA SUBMICRONIZADA

Productos afectados
- 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	AÑO DEL PLAN
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	Sí

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	AÑO DEL PLAN
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

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	AÑO DEL PLAN
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)
- 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	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

ADALIMUMAB-AATY

Productos afectados

- *adalimumab-aaty*
- *Adalimumab-Aaty(cf) AI Crohn*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

ADALIMUMAB-BWWD

Productos afectados

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

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

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: AÑO DEL PLAN.
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: 10/12/2026

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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

ANIFROLUMAB-FNIA

Productos afectados

- PLUMA SAPHNELO

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES): INICIAL: PRESCRITO POR UN REUMATÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UN REUMATÓLOGO.
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: AÑO DEL PLAN.
Otros criterios	LES: INICIAL: SIN USO CONCOMITANTE CON OTRO AGENTE BIOLÓGICO SISTÉMICO NI MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS (P. EJ., INHIBIDOR DE JAK, INHIBIDOR PDE-4) PARA EL LES. RENOVACIÓN: 1) SIN USO CONCOMITANTE CON OTRO AGENTE BIOLÓGICO SISTÉMICO NI MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS PARA EL LES, 2) MEJORA 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

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	AÑO DEL PLAN
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	Sí

APOMORFINA - APOKYN

Productos afectados

- *Apomorfina*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

APOMORFINA - ONAPGO

Productos afectados

- ONAPGO

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

APREMILAST

Productos afectados

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

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

ARMODAFINIL

Productos afectados

- *Armodafinil*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	AÑO DEL PLAN
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

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	AÑO DEL PLAN
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 SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA 28 MG/0.7 ML, 40 MG/ML, 80 MG/0.8 ML

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/RENOVACIÓN: AÑO DEL PLAN.
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)

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
	NEFROCALCINOSIS O ANTECEDENTES DE ELEVACIÓN DE CALCIO EN SUERO, (VI) ANTECEDENTES O PRESENCIA DE 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

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/RENOVACIÓN: AÑO DEL PLAN.
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: AÑO DEL PLAN.
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	AÑO DEL PLAN
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	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

AVUTOMETINIB-DEFACTINIB

Productos afectados

- AVMAPKI
- AVMAPKI-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	AÑO DEL PLAN
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 SOLUCIÓN INTRAVENOSA 10 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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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 25 mg*
- BENDEKA

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	AÑO DEL PLAN
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	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	AÑO DEL PLAN
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

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 INDICA QUE EL USO DE BOSULIF ES APROPIADO SEGÚN LA TABLA DE DIRECTRICES DE LA NCCN PARA RECOMENDACIONES DE TRATAMIENTO EN BASE AL PERFIL DE MUTACIÓN BCR-ABL1.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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

BUDESONIDA-TARPEYO

Productos afectados

- TARPEYO

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

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 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, O 2) HAE TIPO III CONFIRMADO POR: (A) ANGIOEDEMA RECURRENTE NO URTICARIAL QUE AFECTA LA PIEL, EL TRACTO GASTROINTESTINAL O LAS VÍAS RESPIRATORIAS, COMPATIBLE CON HAE MEDIADO POR BRADICININA, Y ATAQUES QUE NO SE EXPLICAN POR ANGIOEDEMA HISTAMINÉRGICO/URTICARIAL, Y (B) SE HAN DESCARTADO OTRAS CAUSAS DE ANGIOEDEMA, INCLUIDOS EL ANGIOEDEMA ASOCIADO A INHIBIDORES DE LA ACE/ARB, LA DEFICIENCIA ADQUIRIDA DE C1-INH Y EL ANGIOEDEMA MASTOCITARIO/HISTAMINÉRGICO.
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: AÑO DEL PLAN.
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	

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
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 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, O 2) HAE TIPO III CONFIRMADO POR: (A) ANGIOEDEMA RECURRENTE NO URTICARIAL QUE AFECTA LA PIEL, EL TRACTO GASTROINTESTINAL O LAS VÍAS RESPIRATORIAS, COMPATIBLE CON HAE MEDIADO POR BRADICININA, Y ATAQUES QUE NO SE EXPLICAN POR ANGIOEDEMA HISTAMINÉRGICO/URTICARIAL, Y (B) SE HAN DESCARTADO OTRAS CAUSAS DE ANGIOEDEMA, INCLUIDOS EL ANGIOEDEMA ASOCIADO A INHIBIDORES DE LA ACE/ARB, LA DEFICIENCIA ADQUIRIDA DE C1-INH Y EL ANGIOEDEMA MASTOCITARIO/HISTAMINÉRGICO.
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: AÑO DEL PLAN.
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.

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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: AÑO DEL PLAN.
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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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

Fecha de actualización: 10/12/2026

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	AÑO DEL PLAN
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	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

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	AÑO DEL PLAN
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

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: AÑO DEL PLAN.
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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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

CORTICOTROPINA-CORTROPHIN

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	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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: AÑO DEL PLAN.
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

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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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	Sí

DASATINIB-SPRYCEL

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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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/RENOVACIÓN: AÑO DEL PLAN.
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	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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

Fecha de actualización: 10/12/2026

DIAZEPAM

Productos afectados

- VALTOCO

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	AÑO DEL PLAN
Otros criterios	EPILEPSIA: 12 AÑOS O MÁS: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DEL AGENTE PREFERIDO: NAYZILAM.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

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	AÑO DEL PLAN
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

DIHIDROERGOTAMINA - NASAL

Productos afectados

- *Dihidroergotamina nasal*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	AÑO DEL PLAN
Otros criterios	TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA GRAVE: 1) SIN USO CONCOMITANTE CON NINGÚN OTRO MEDICAMENTO DE DIHIDROERGOTAMINA O ERGOTAMINA, Y 2) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE LOS DOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: TRIPTÁN (P. EJ., SUMATRIPTÁN, RIZATRIPTÁN), INHIBIDOR DE CGRP PARA EL TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA GRAVE (NURTEC ODT, UBRELVY).
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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 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, O 2) HAE TIPO III CONFIRMADO POR: (A) ANGIOEDEMA RECURRENTE NO URTICARIAL QUE AFECTA LA PIEL, EL TRACTO GASTROINTESTINAL O LAS VÍAS RESPIRATORIAS, COMPATIBLE CON HAE MEDIADO POR BRADICININA, Y ATAQUES QUE NO SE EXPLICAN POR ANGIOEDEMA HISTAMINÉRGICO/URTICARIAL, Y (B) SE HAN DESCARTADO OTRAS CAUSAS DE ANGIOEDEMA, INCLUIDOS EL ANGIOEDEMA ASOCIADO A INHIBIDORES DE LA ACE/ARB, LA DEFICIENCIA ADQUIRIDA DE C1-INH Y EL ANGIOEDEMA MASTOCITARIO/HISTAMINÉRGICO.
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: AÑO DEL PLAN.
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.

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

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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

DUPILUMAB

Productos afectados

- PLUMA DUPIXENT
- JERINGA DUPIXENT JERINGA SUBCUTÁNEA 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

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	AÑO DEL PLAN
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

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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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: AÑO DEL PLAN.
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	

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	DOLOR MODERADO A GRAVE ASOCIADO A LA ENDOMETRIOSIS: INICIAL: EL DIAGNÓSTICO SE CONFIRMA MEDIANTE VISUALIZACIÓN QUIRÚRGICA O DIRECTA (P. EJ., ULTRASONIDO PÉLVICO) O CONFIRMACIÓN HISTOPATOLÓGICA (P. EJ., LAPAROSCOPÍA O LAPAROTOMÍA) EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS.
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/RENOVACIÓN: AÑO DEL PLAN.
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

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

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/RENOVACIÓN: AÑO DEL PLAN.
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	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

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	AÑO DEL PLAN
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

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	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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	Sí

Fecha de actualización: 10/12/2026

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	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

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	AÑO DEL PLAN
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/RENOVACIÓN: AÑO DEL PLAN.
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	AÑO DEL PLAN
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

ETANERCEPT

Productos afectados

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

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

ETRASIMOD

Productos afectados

- VELSIPITY

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	COLITIS ULCEROSA (CU): INICIAL: PRESCRITO POR UN GASTROENTERÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UN GASTROENTERÓLOGO.
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: AÑO DEL PLAN.
Otros criterios	CU: INICIAL: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: SELARSDI/YESINTEK/OTULFI, XELJANZ, HUMIRA/ADALIMUMAB-AATY/HADLIMA, RINVOQ, SKYRIZI, TREMFYA. INICIAL/RENOVACIÓN: SIN USO CONCOMITANTE CON OTRO AGENTE BIOLÓGICO SISTÉMICO NI 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	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	AÑO DEL PLAN
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	CRISIS DE INICIO PARCIAL ASOCIADAS A ESCLEROSIS TUBEROSA COMPLEJA (TSC): INICIAL: PRESCRITO POR UN NEURÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UN NEURÓLOGO.
Duración de la cobertura	AÑO DEL PLAN
Otros criterios	CRISIS DE INICIO PARCIAL ASOCIADAS A TSC: INICIAL: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE LOS AGENTES PREFERIDOS: 1) EPIDIOLEX, Y 2) OTRO AGENTE ANTIEPILÉPTICO.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

CÁPSULA DE MICROBIOTA FECAL

Productos afectados

- VOWST

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

FEDRATINIB

Productos afectados

- INREBIC

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

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: AÑO DEL PLAN.
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	AÑO DEL PLAN
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	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

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	AÑO DEL PLAN
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: AÑO DEL PLAN.
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	AÑO DEL PLAN
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/RENOVACIÓN: AÑO DEL PLAN.
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	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

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	AÑO DEL PLAN
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 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, O 2) HAE TIPO III CONFIRMADO POR: (A) ANGIOEDEMA RECURRENTE NO URTICARIAL QUE AFECTA LA PIEL, EL TRACTO GASTROINTESTINAL O LAS VÍAS RESPIRATORIAS, COMPATIBLE CON HAE MEDIADO POR BRADICININA, Y ATAQUES QUE NO SE EXPLICAN POR ANGIOEDEMA HISTAMINÉRGICO/URTICARIAL, Y (B) SE HAN DESCARTADO OTRAS CAUSAS DE ANGIOEDEMA, INCLUIDOS EL ANGIOEDEMA ASOCIADO A INHIBIDORES DE LA ACE/ARB, LA DEFICIENCIA ADQUIRIDA DE C1-INH Y EL ANGIOEDEMA MASTOCITARIO/HISTAMINÉRGICO.
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: AÑO DEL PLAN.
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.

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
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	AÑO DEL PLAN
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

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

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	AÑO DEL PLAN
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-LIRAGLUTIDA

Productos afectados

- *Liraglutida*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	AÑO DEL PLAN
Otros criterios	DIABETES TIPO 2: PRUEBA DE DOS AGONISTAS DE GLP-1 O DE GIP/GLP-1 PREFERIDOS.
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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: AÑO DEL PLAN.
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

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	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

IBERDOMIDA

Productos afectados

- ZENBEXUS

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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 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, O 2) HAE TIPO III CONFIRMADO POR: (A) ANGIOEDEMA RECURRENTE NO URTICARIAL QUE AFECTA LA PIEL, EL TRACTO GASTROINTESTINAL O LAS VÍAS RESPIRATORIAS, COMPATIBLE CON HAE MEDIADO POR BRADICININA, Y ATAQUES QUE NO SE EXPLICAN POR ANGIOEDEMA HISTAMINÉRGICO/URTICARIAL, Y (B) SE HAN DESCARTADO OTRAS CAUSAS DE ANGIOEDEMA, INCLUIDOS EL ANGIOEDEMA ASOCIADO A INHIBIDORES DE LA ACE/ARB, LA DEFICIENCIA ADQUIRIDA DE C1-INH Y EL ANGIOEDEMA MASTOCITARIO/HISTAMINÉRGICO.
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: AÑO DEL PLAN.
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	

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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

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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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/RENOVACIÓN: AÑO DEL PLAN.
Otros criterios	INICIAL: AR: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: HUMIRA/ADALIMUMAB-AATY/HADLIMA, XELJANZ, RINVOQ. APE: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: COSENTYX, HUMIRA/ADALIMUMAB-AATY/HADLIMA, SELARSDI/YESINTEK/OTULFI, XELJANZ, RINVOQ, SKYRIZI, TREMFYA, OTEZLA. PSO: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: COSENTYX, HUMIRA/ADALIMUMAB-AATY/HADLIMA, SELARSDI/YESINTEK/OTULFI, SKYRIZI, TREMFYA, OTEZLA. EA: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: COSENTYX,

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
	HUMIRA/ADALIMUMAB-AATY/HADLIMA, XELJANZ, RINVOQ. CD DE MODERADA A GRAVE: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS, DONDE LAS EDADES COINCIDEN: SELARSDI/YESINTEK/OTULFI, HUMIRA/ADALIMUMAB-AATY/HADLIMA, RINVOQ, SKYRIZI, TREMFYA. CU: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS, DONDE LAS EDADES COINCIDEN: SELARSDI/YESINTEK/OTULFI, XELJANZ, HUMIRA/ADALIMUMAB-AATY/HADLIMA, RINVOQ, SKYRIZI, TREMFYA. INICIAL/RENOVACIÓN: AR, APE, EA, PSO, CD DE MODERADA A GRAVE, CU: 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

INFLIXIMAB-DYYB SQ

Productos afectados
- ZYMFENTRA

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	INICIAL: COLITIS ULCEROSA (CU), ENFERMEDAD DE CROHN (CD): PRESCRITO POR UN GASTROENTERÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UN GASTROENTERÓLOGO.
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: AÑO DEL PLAN.
Otros criterios	INICIAL: CU: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: SELARSDI/YESINTEK/OTULFI, XELJANZ, HUMIRA/ADALIMUMAB-AATY/HADLIMA, RINVOQ, SKYRIZI, TREMFYA. CD: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: SELARSDI/YESINTEK/OTULFI, HUMIRA/ADALIMUMAB-AATY/HADLIMA, RINVOQ, SKYRIZI, TREMFYA. 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.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No

Fecha de actualización: 10/12/2026

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
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 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
- BD SAFETYGLD INS 0.3 ML CALIBRE 31 8MM

Fecha de actualización: 10/12/2026

- 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
- GASA DERMACEA 2"X2", 12 CAPAS, USP TIPO VII

Fecha de actualización: 10/12/2026

- 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
- 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"
- 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"
- 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	AÑO DEL PLAN
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

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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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 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, O 2) HAE TIPO III CONFIRMADO POR: (A) ANGIOEDEMA RECURRENTE NO URTICARIAL QUE AFECTA LA PIEL, EL TRACTO GASTROINTESTINAL O LAS VÍAS RESPIRATORIAS, COMPATIBLE CON HAE MEDIADO POR BRADICININA, Y ATAQUES QUE NO SE EXPLICAN POR ANGIOEDEMA HISTAMINÉRGICO/URTICARIAL, Y (B) SE HAN DESCARTADO OTRAS CAUSAS DE ANGIOEDEMA, INCLUIDOS EL ANGIOEDEMA ASOCIADO A INHIBIDORES DE LA ACE/ARB, LA DEFICIENCIA ADQUIRIDA DE C1-INH Y EL ANGIOEDEMA MASTOCITARIO/HISTAMINÉRGICO.
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: AÑO DEL PLAN.
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.

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
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: AÑO DEL PLAN. GEP-NETS, SÍNDROME CARCINOIDE: AÑO DEL PLAN.
Otros criterios	ACROMEGALIA: INICIAL: EL NIVEL SÉRICO DEL FACTOR DE CRECIMIENTO INSULÍNICO TIPO 1 (IGF-1) (AJUSTADO POR EDAD) ESTÁ ELEVADO O ES INEQUÍVOCO, CON SUPRESIÓN INADECUADA DE LA HORMONA DEL CRECIMIENTO DESPUÉS DE UNA CARGA DE GLUCOSA. 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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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

LECANEMAB-IRMB

Productos afectados

- AUTOINYECTOR SUBCUTÁNEO LEQEMBI IQLIK 360 MG/1.8 ML, 500 MG/2.5 ML (250MG/1.25MLX2)

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

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: AÑO DEL PLAN.
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	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

L-GLUTAMINA

Productos afectados

- *Glutamina (anemia falciforme)*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

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	AÑO DEL PLAN
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*
- *Lidocan III*
- *Parche adhesivo tópico de lidocaína, medicado 5%*

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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
Otros criterios	
Indicaciones	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
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	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

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	AÑO DEL PLAN
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	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

LUMACAFTOR-IVACAFTOR

Productos afectados

- ORKAMBI GRANULADO ORAL EN SOBRE
- ORKAMBI COMPRIMIDO ORAL

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

MACITENTAN

Productos afectados

- *Macitentan*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

MARIBAVIR

Productos afectados
- LIVTENCITY

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	CITOMEGALOVIRUS (CMV): PRESCRITO POR UN ESPECIALISTA EN TRASPLANTES O ESPECIALISTA EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS, O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	8 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

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: AÑO DEL PLAN.
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	AÑO DEL PLAN
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	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

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	AÑO DEL PLAN
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	FEOCROMOCITOMA: PREPARACIÓN PREOPERATORIA PARA LA CIRUGÍA: 30 DÍAS, TRATAMIENTO: AÑO DEL PLAN.
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	Sí

MIDAZOLAM

Productos afectados

- NAYZILAM

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	AÑO DEL PLAN
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

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	AÑO DEL PLAN
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: AÑO DEL PLAN.
Otros criterios	CS: INICIAL: EL HIPERCORTISOLISMO NO SE DEBE AL USO DE GLUCOCORTICOIDES CRÓNICOS. INICIAL/RENOVACIÓN: SIN USO CONCOMITANTE CON OTROS AGENTES UTILIZADOS PARA REDUCIR LOS NIVELES DE CORTISOL PARA EL CS. 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

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

MIGALASTAT

Productos afectados

- GALAFOLD

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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

MODAFINIL

Productos afectados

- *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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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

MORFINA SOLUCIÓN

Productos afectados

- *Solución oral concentrada de morfina*

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: AÑO DEL PLAN. 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
Se requiere terapia previa	Sí

NAFARELINA

Productos afectados

- SYNAREL

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	INICIAL: ENDOMETRIOSIS: EL DIAGNÓSTICO SE CONFIRMA MEDIANTE VISUALIZACIÓN QUIRÚRGICA O DIRECTA (P. EJ., ULTRASONIDO PÉLVICO) O CONFIRMACIÓN HISTOPATOLÓGICA (P. EJ., LAPAROSCOPÍA O LAPAROTOMÍA) EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS. PUBERTAD PRECOZ CENTRAL (CPP): MUJERES: NIVELES ELEVADOS DE HORMONA LUTEINIZANTE (HL) SUPERIORES A 0.2–0.3 MIU/ML EN EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO. HOMBRES: NIVELES ELEVADOS DE HL MAYORES A 0.2–0.3 MIU/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	INICIAL/RENOVACIÓN: AÑO DEL PLAN.
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

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

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	AÑO DEL PLAN
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	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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*
- OFEV

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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	Sí

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	AÑO DEL PLAN
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/RENOVACIÓN: AÑO DEL PLAN.
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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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

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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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	Sí

OLEZARSEN

Productos afectados

- TRYNGOLZA

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	
Duración de la cobertura	AÑO DEL PLAN
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

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	AÑO DEL PLAN
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	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

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: AÑO DEL PLAN.
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 TRATAMIENTO CLÍNICO ESTÁNDAR: UN CORTICOSTEROIDE

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
	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	AÑO DEL PLAN
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

OSILODROSTAT

Productos afectados

- ISTURISA 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	SÍNDROME DE CUSHING: INICIAL: PRESCRITO POR UN ENDOCRINÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: AÑO DEL PLAN.
Otros criterios	SÍNDROME DE CUSHING: RENOVACIÓN: 1) MEJORA CONTINUA DE LA ENFERMEDAD/SÍNDROME DE CUSHING Y 2) MANTIENE LA TOLERABILIDAD A ISTURISA.
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	AÑO DEL PLAN
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

OXICODONA SOLUCIÓN

Productos afectados

- *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: AÑO DEL PLAN. 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
Se requiere terapia previa	Sí

PACRITINIB

Productos afectados

- VONJO

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

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	AÑO DEL PLAN
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: AÑO DEL PLAN.
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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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	FENILCETONURIA (FCU): INICIAL: PRESCRITO POR UN ESPECIALISTA EN ENFERMEDADES METABÓLICAS O GENÉTICAS, O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: AÑO DEL PLAN.
Otros criterios	FCU: INICIAL/RENOVACIÓN: SIN USO CONCOMITANTE CON OTRO AGENTE INDICADO PARA EL TRATAMIENTO DE LA FCU. 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

PEGVISOMANT

Productos afectados

- SOMAVERT

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	ACROMEGALIA: PRESCRITO POR UN ENDOCRINÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: AÑO DEL PLAN.
Otros criterios	ACROMEGALIA: INICIAL: EL NIVEL SÉRICO DEL FACTOR DE CRECIMIENTO INSULÍNICO TIPO 1 (IGF-1) (AJUSTADO POR EDAD) ESTÁ ELEVADO O ES INEQUÍVOCO, CON SUPRESIÓN INADECUADA DE LA HORMONA DEL CRECIMIENTO DESPUÉS DE UNA CARGA DE GLUCOSA. 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	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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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	ENFERMEDAD DE WILSON: 1) PRUEBAS GENÉTICAS QUE CONFIRMEN UNA MUTACIÓN DE ATP7B, 2) EXCRECIÓN URINARIA DE COBRE EN 24 HORAS (MÁS DE 40 MICROGRAMOS/24 HORAS), 3) BIOPSIA DE HÍGADO CON PESO SECO DE COBRE DE MÁS DE 75 MICROGRAMOS/GRAMO, O 4) NIVEL DE CERULOPLASMINA SÉRICA INFERIOR A 20 MG/DL. 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	ENFERMEDAD DE WILSON: PRESCRITO POR UN HEPATÓLOGO O GASTROENTERÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO. INICIAL: 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/RENOVACIÓN: AÑO DEL PLAN.
Otros criterios	INICIAL: 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 DE AL MENOS 20 MG POR SEMANA O LA DOSIS MÁXIMA TOLERADA.

Fecha de actualización: 10/12/2026

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
	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 VALOR INICIAL. 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	AÑO DEL PLAN
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	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

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	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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: AÑO DEL PLAN.
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	AÑO DEL PLAN
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	Sí

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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

RILONACEPT

Productos afectados

- ARCALYST

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

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/RENOVACIÓN: AÑO DEL PLAN.
Otros criterios	TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA GRAVE: 1) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UN AGENTE DE TRATAMIENTO CLÍNICO ESTÁNDAR: UN TRIPTÁN (P. EJ., SUMATRIPTÁN, RIZATRIPTÁN) Y 2) SIN USO CONCOMITANTE CON OTROS INHIBIDORES DE CGRP PARA EL TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA GRAVE. 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	
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	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

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	AÑO DEL PLAN
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	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

RISDIPLAM

Productos afectados

- EVRYSDI SOLUCIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN
- EVRYSDI COMPRIMIDO ORAL

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

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	
Duración de la cobertura	AÑO DEL PLAN
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

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	AÑO DEL PLAN
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	Sí

RUXOLITINIB

Productos afectados

- JAKAFI
- JAKAFI XR

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

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	HIPERFENILALANINEMIA (HPA) CON FENILCETONURIA (FCU): INICIAL: PRESCRITO POR UN ESPECIALISTA EN ENFERMEDADES METABÓLICAS O GENÉTICAS, O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	INICIAL: 2 MESES. RENOVACIÓN: AÑO DEL PLAN.
Otros criterios	HPA CON FCU: INICIAL/RENOVACIÓN: SIN USO CONCOMITANTE CON OTRO AGENTE INDICADO PARA EL TRATAMIENTO DE LA FCU. RENOVACIÓN: SIGUE BENEFICIÁNDOSE DEL 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

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	AÑO DEL PLAN
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

SARILUMAB

Productos afectados

- KEVZARA

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

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: AÑO DEL PLAN.
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	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

SELADELPAR

Productos afectados

- LIVDELZI

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

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	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

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	AÑO DEL PLAN
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 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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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

SEMAGLUTIDA - WEGOVY

Productos afectados

- WEGOVY ORAL
- WEGOVY INYECTOR DE PLUMA SUBCUTÁNEO 0.25 MG/0.5 ML, 0.5 MG/0.5 ML, 1 MG/0.5 ML, 1.7 MG/0.75 ML, 2.4 MG/0.75 ML

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

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	AÑO DEL PLAN
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	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

OXIBATO DE SODIO-XYREM

Productos afectados

- *Oxibato de sodio*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

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: AÑO DEL PLAN.
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	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

SOFOSBUVIR/VELPATASVIR/VOXILAPREVIR

Productos afectados

- VOSEVI

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

SOMATROPINA - NORDITROPIN

Productos afectados

- NORDITROPIN FLEXPRO

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

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	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

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	AÑO DEL PLAN
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

SPARSENTAN

Productos afectados

- FILSPARI

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

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: AÑO DEL PLAN.
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	AÑO DEL PLAN
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	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

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	AÑO DEL PLAN
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: AÑO DEL PLAN.
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	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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

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/RENOVACIÓN: AÑO DEL PLAN.
Otros criterios	SBS: RENOVACIÓN: 1) REDUCCIÓN DEL SOPORTE PARENTERAL EN COMPARACIÓN CON EL VALOR 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	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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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: AÑO DEL PLAN.
Otros criterios	HIPOGONADISMO MASCULINO: INICIAL/RENOVACIÓN: 40 AÑOS O MÁS: SE HA EVALUADO EL ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO (APE) EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, Y 1) EL NIVEL DE APE ES MENOR O IGUAL A 4 NG/ML, O 2) EL NIVEL DE APE ES MAYOR DE 4 NG/ML Y LOS BENEFICIOS DE LA TERAPIA CONTINUA SUPERAN LOS RIESGOS DE UN APE ELEVADO. RENOVACIÓN: 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	

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Requisito previo de la Parte B	No
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: AÑO DEL PLAN.
Otros criterios	HIPOGONADISMO MASCULINO: INICIAL/RENOVACIÓN: 40 AÑOS O MÁS: SE HA EVALUADO EL ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO (APE) EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, Y 1) EL NIVEL DE APE ES MENOR O IGUAL A 4 NG/ML, O 2) EL NIVEL DE APE ES MAYOR DE 4 NG/ML Y LOS BENEFICIOS DE LA TERAPIA CONTINUA SUPERAN LOS RIESGOS DE UN APE ELEVADO. RENOVACIÓN: 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: 10/12/2026

ENANTATO DE TESTOSTERONA

Productos afectados

- *Enantato de testosterona*

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

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	AÑO DEL PLAN
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	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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 ADULTOS 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/RENOVACIÓN: AR, AIJP, AIJS, GCA: AÑO DEL PLAN. CRS: 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 O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: HUMIRA/ADALIMUMAB-AATY/HADLIMA, XELJANZ, RINVOQ. ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES (GCA): 1) HA COMPLETADO, INICIADO O PRONTO INICIARÁ UN CICLO DE REDUCCIÓN PROGRESIVA DE GLUCOCORTICOIDES, Y 2) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DEL AGENTE PREFERIDO: RINVOQ. AIJP: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: HUMIRA/ADALIMUMAB-AATY/HADLIMA, XELJANZ IR, RINVOQ. RENOVACIÓN: AR, AIJP, AIJS: 1) SIGUE BENEFICIÁNDOSE DEL MEDICAMENTO Y 2) SIN USO CONCOMITANTE CON OTRO AGENTE BIOLÓGICO SISTÉMICO NI MOLÉCULAS PEQUEÑAS DIRIGIDAS PARA LA

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
	MISMA INDICACIÓN. GCA: SIN USO CONCOMITANTE CON OTRO AGENTE 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	Sí

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/RENOVACIÓN: AÑO DEL PLAN.
Otros criterios	INICIAL: AR: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: HUMIRA/ADALIMUMAB-AATY/HADLIMA, XELJANZ, RINVOQ. ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES (GCA): 1) HA COMPLETADO, INICIADO O PRONTO INICIARÁ UN CICLO DE REDUCCIÓN PROGRESIVA DE GLUCOCORTICOIDES, Y 2) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DEL AGENTE PREFERIDO: RINVOQ. AIJP: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: HUMIRA/ADALIMUMAB-AATY/HADLIMA, XELJANZ IR, 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: AR, AIJP, AIJS: SIGUE BENEFICIÁNDOSE DEL MEDICAMENTO.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.

Fecha de actualización: 10/12/2026

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

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/RENOVACIÓN: AÑO DEL PLAN.
Otros criterios	INICIAL: AR: PRUEBA DE 3 MESES DE TRATAMIENTO CON UN AGENTE DE TRATAMIENTO CLÍNICO ESTÁNDAR: UN DMARD (FÁRMACO ANTIRREUMÁTICO MODIFICADOR DE LA ENFERMEDAD) SINTÉTICO CONVENCIONAL, O CONTRAINDICACIÓN DE UNO. SI EL PACIENTE PROBÓ METOTREXATO, SE REQUIERE UNA PRUEBA DE AL MENOS 20 MG POR SEMANA O LA DOSIS MÁXIMA TOLERADA. EA: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UN AGENTE DE TRATAMIENTO CLÍNICO ESTÁNDAR: 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.

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
	RENOVACIÓN: AR, APE, EA, PCJIA: 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

TOLVAPTAN

Productos afectados

- *Tolvaptan (enfermedad renal poliquística) 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/RENOVACIÓN: AÑO DEL PLAN.
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	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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-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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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	Sí

TREPROSTINIL-REMODULIN

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: AÑO DEL PLAN.
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 TRATAMIENTO CLÍNICO ESTÁNDAR DE DIFERENTES CLASES DE MEDICAMENTOS: (A) VERSIÓN DEL FORMULARIO DE UN ANTAGONISTA ORAL DE LOS RECEPTORES DE ENDOTELINA, (B) VERSIÓN DEL FORMULARIO DE UN INHIBIDOR ORAL DE LA FOSFODIESTERASA TIPO 5 PARA HAP, (C) VERSIÓN DEL FORMULARIO DE UN ESTIMULADOR ORAL DE CGMP.
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	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

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: 1) PRUEBAS GENÉTICAS QUE CONFIRMEN UNA MUTACIÓN DE ATP7B, 2) EXCRECIÓN URINARIA DE COBRE EN 24 HORAS (MÁS DE 40 MICROGRAMOS/24 HORAS), 3) BIOPSIA DE HÍGADO CON PESO SECO DE COBRE DE MÁS DE 75 MICROGRAMOS/GRAMO, O 4) NIVEL DE CERULOPLASMINA SÉRICA INFERIOR A 20 MG/DL.
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	ENFERMEDAD DE WILSON: PRESCRITO POR UN HEPATÓLOGO O GASTROENTERÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UNO.
Duración de la cobertura	AÑO DEL PLAN
Otros criterios	ENFERMEDAD DE WILSON: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DEL AGENTE PREFERIDO: COMPRIMIDO DE PENICILAMINA.
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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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/RENOVACIÓN: AÑO DEL PLAN.
Otros criterios	TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA GRAVE: 1) PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE UN AGENTE PREFERIDO: UN TRIPTÁN (P. EJ., SUMATRIPTÁN, RIZATRIPTÁN), Y 2) SIN USO CONCOMITANTE CON OTROS INHIBIDORES DE CGRP PARA EL TRATAMIENTO DE LA MIGRAÑA GRAVE.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No
Se requiere terapia previa	Sí

UPADACITINIB

Productos afectados

- RINVOQ
- RINVOQ LQ

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

USTEKINUMAB-AAUZ IV

Productos afectados
- OTULFI

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/RENOVACIÓN: AÑO DEL PLAN.
Otros criterios	INICIAL: PSO: 1) AL MENOS UNA PRUEBA DE 3 MESES CON UNO DE LOS SIGUIENTES AGENTES DE TRATAMIENTO CLÍNICO ESTÁNDAR: UN INMUNOSUPRESOR ORAL (CICLOSPORINA, METOTREXATO, TACROLIMUS), PUVA (FOTOTERAPIA), 2) CONTRAINDICACIÓN O INTOLERANCIA A LOS DOS SIGUIENTES AGENTES DE TRATAMIENTO CLÍNICO ESTÁNDAR: UN INMUNOSUPRESOR, 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.

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

USTEKINUMAB-AAUZ SQ

Productos afectados

- OTULFI

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

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/RENOVACIÓN: AÑO DEL PLAN.
Otros criterios	INICIAL: PSO: 1) AL MENOS UNA PRUEBA DE 3 MESES CON UNO DE LOS SIGUIENTES AGENTES DE TRATAMIENTO CLÍNICO ESTÁNDAR: UN INMUNOSUPRESOR ORAL (CICLOSPORINA, METOTREXATO, TACROLIMUS), PUVA (FOTOTERAPIA), 2) CONTRAINDICACIÓN O INTOLERANCIA A LOS DOS SIGUIENTES AGENTES DE TRATAMIENTO CLÍNICO ESTÁNDAR: UN INMUNOSUPRESOR, 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.

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

USTEKINUMAB-AEKN SQ

Productos afectados

- SELARSDI

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

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/RENOVACIÓN: AÑO DEL PLAN.
Otros criterios	INICIAL: PSO: 1) AL MENOS UNA PRUEBA DE 3 MESES CON UNO DE LOS SIGUIENTES AGENTES DE TRATAMIENTO CLÍNICO ESTÁNDAR: UN INMUNOSUPRESOR ORAL (CICLOSPORINA, METOTREXATO, TACROLIMUS), PUVA (FOTOTERAPIA), 2) CONTRAINDICACIÓN O INTOLERANCIA A LOS DOS SIGUIENTES AGENTES DE TRATAMIENTO CLÍNICO ESTÁNDAR: UN INMUNOSUPRESOR, 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.

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

USTEKINUMAB-KFCE SQ

Productos afectados

- YESINTEK

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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

VEDOLIZUMAB

Productos afectados

- ENTYVIO
- PLUMA ENTYVIO

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de prescripción	INICIAL: ENFERMEDAD DE CROHN (CD), COLITIS ULCEROSA (CU): PRESCRITO POR UN GASTROENTERÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UN GASTROENTERÓLOGO.
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: AÑO DEL PLAN.
Otros criterios	INICIAL: CD: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: SELARSDI/YESINTEK/OTULFI, HUMIRA/ADALIMUMAB-AATY/HADLIMA, RINVOQ, SKYRIZI, TREMFYA. CU: PRUEBA O CONTRAINDICACIÓN DE DOS DE LOS SIGUIENTES AGENTES PREFERIDOS: SELARSDI/YESINTEK/OTULFI, XELJANZ, HUMIRA/ADALIMUMAB-AATY/HADLIMA, RINVOQ, SKYRIZI, TREMFYA. 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.
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

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	AÑO DEL PLAN
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	Sí

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	AÑO DEL PLAN
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/RENOVACIÓN: AÑO DEL PLAN.
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	INSUFICIENCIA CARDÍACA (IC): INICIAL/RENOVACIÓN: PRESCRITO POR UN CARDIÓLOGO O BAJO SUPERVISIÓN DE UN CARDIÓLOGO.
Duración de la cobertura	INICIAL/RENOVACIÓN: AÑO DEL PLAN.
Otros criterios	IC: INICIAL: ALTO RIESGO CON EMPEORAMIENTO DE LA IC, EVIDENCIADO POR HOSPITALIZACIÓN POR IC O NECESIDAD DE DIURÉTICOS INTRAVENOSOS. INICIAL/RENOVACIÓN: 1) SIN USO CONCOMITANTE CON RIOCIGUAT NI INHIBIDORES DE PDE-5, Y 2) ANTECEDENTES Y CONTINUACIÓN DE TRATAMIENTO CON UN AGENTE DE CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES CLASES DE MEDICAMENTOS DE TERAPIA MÉDICA DIRIGIDA POR GUÍAS (GDMT), O CONTRAINDICACIÓN O INTOLERANCIA A ÉL: (A) INHIBIDOR DE LA ACE, ARB O ARNI, (B) BETABLOQUEANTE, (C) ANTAGONISTA DE ALDOSTERONA, (D) INHIBIDOR SGLT-2.
Indicaciones	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA.
Usos fuera de indicación	
Requisito previo de la Parte B	No

Fecha de actualización: 10/12/2026

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
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: AÑO DEL PLAN.
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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

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	AÑO DEL PLAN
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 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: AÑO DEL PLAN.
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

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	AÑO DEL PLAN
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

ZIDESAMTINIB

Productos afectados

- JIDEYTRO

Criterios de autorización previa	Detalles de los criterios
Criterios de exclusión	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Información médica requerida	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de edad	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Restricciones de prescripción	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Duración de la cobertura	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Otros criterios	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Indicaciones	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Usos fuera de indicación	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Requisito previo de la Parte B	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS
Se requiere terapia previa	Criterios de autorización previa: Pendiente de revisión de CMS

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	AÑO DEL PLAN
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	AÑO DEL PLAN
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 comprimido oral 250 mg, 500 mg 4
Abirtega..... 4
Acetato de leuprolida (3 meses)..... 199
Ácido carglúmico..... 61
ACTIMMUNE..... 181
Adalimumab-aaty..... 9
Adalimumab-Aaty(cf) AI Crohn..... 9
ADEMPAS 297
ADVOCATE INS 0.3 ML CALIBRE 30X5/16..... 161, 177
ADVOCATE INS 0.3 ML CALIBRE 31X5/16..... 161, 177
ADVOCATE INS 0.5 ML CALIBRE 30X5/16..... 161, 177
ADVOCATE INS 0.5 ML CALIBRE 31X5/16..... 161, 177
ADVOCATE INS 1 ML CALIBRE 31X5/16..... 161, 177
AGUJA BD AUTOSHIELD DUO 5MM X CALIBRE 30 ..... 161, 177
AGUJA MICRODOT READYGARD CALIBRE 31 5MM EXTERIOR 169, 177
AGUJA NOVOFINE AUTOCOVER CALIBRE 30 ..... 169, 177
AGUJA PARA MICRO PLUMA BD UF 6MM X CALIBRE 32 ..... 162, 177
AGUJA PARA PLUMA ADVOCATE 4MM CALIBRE 33 ..... 161, 177
AGUJA PARA PLUMA ADVOCATE CALIBRE 32 4MM 161, 177
AGUJA PARA PLUMA AQINJECT CALIBRE 31 5MM 161, 177
AGUJA PARA PLUMA AQINJECT CALIBRE 32 4MM 161, 177
AGUJA PARA PLUMA ASSURE ID CALIBRE 30X5/16 ..... 161, 177
AGUJA PARA PLUMA ASSURE ID DUO PRO CALIBRE 31 5MM..... 161, 177
AGUJA PARA PLUMA ASSURE ID PRO CALIBRE 30 5MM 161, 177
AGUJA PARA PLUMA BD UF ORIG 12.7MM X CALIBRE 29 ..... 162, 177
AGUJA PARA PLUMA CALIBRE 30 5MM EXTERIOR..... 169, 177
AGUJA PARA PLUMA CALIBRE 30 8MM INTERIOR..... 169, 177
AGUJA PARA PLUMA CALIBRE 30 X 5/16 ..... 169, 177
AGUJA PARA PLUMA CALIBRE 31 X 1/4 ..... 169, 177
AGUJA PARA PLUMA CALIBRE 33 4MM 169, 177
AGUJA PARA PLUMA CAREFINE 12.7MM CALIBRE 29 HRI 162, 177
AGUJA PARA PLUMA CAREFINE 4MM CALIBRE 32 ..... 162, 177
AGUJA PARA PLUMA CAREFINE 5MM CALIBRE 32 ..... 162, 177
AGUJA PARA PLUMA CAREFINE 6MM CALIBRE 31 HRI..... 162, 177
AGUJA PARA PLUMA CAREFINE 8MM CALIBRE 30 HRI..... 162, 177
AGUJA PARA PLUMA CARETOUCH CALIBRE 29 12MM 162, 177
AGUJA PARA PLUMA CARETOUCH CALIBRE 31 x 3/16 ..... 162, 177
AGUJA PARA PLUMA CARETOUCH CALIBRE 31 x 5/16 ..... 162, 177
AGUJA PARA PLUMA CARETOUCH CALIBRE 31X1/4 ..... 162, 177
AGUJA PARA PLUMA CARETOUCH CALIBRE 32 x 3/16 ..... 162, 177
AGUJA PARA PLUMA CARETOUCH CALIBRE 32X5/32 ..... 162, 177
AGUJA PARA PLUMA CLICKFINE CALIBRE 32X5/32 ..... 162, 177
AGUJA PARA PLUMA COMFORT EZ 12MM CALIBRE 29 ..... 163, 177
AGUJA PARA PLUMA COMFORT EZ PLS CALIBRE 32 4MM 163, 177
AGUJA PARA PLUMA COMFORT EZ PRO CALIBRE 30 8MM..... 163, 177
AGUJA PARA PLUMA COMFORT EZ PRO CALIBRE 31 4MM..... 163, 177
AGUJA PARA PLUMA COMFORT EZ PRO CALIBRE 31 5MM..... 163, 177

AGUJA PARA PLUMA COMFORT POINT CALIBRE 31X1/3..... 163, 177
AGUJA PARA PLUMA COMFORT POINT CALIBRE 31X1/6..... 163, 177
AGUJA PARA PLUMA COMFORT TOUCH CALIBRE 31 4MM..... 163, 177
AGUJA PARA PLUMA COMFORT TOUCH CALIBRE 31 5MM..... 163, 177
AGUJA PARA PLUMA COMFORT TOUCH CALIBRE 31 6MM..... 163, 177
AGUJA PARA PLUMA COMFORT TOUCH CALIBRE 31 8MM..... 163, 177
AGUJA PARA PLUMA COMFORT TOUCH CALIBRE 32 4MM..... 163, 177
AGUJA PARA PLUMA COMFORT TOUCH CALIBRE 32 5MM..... 163, 177
AGUJA PARA PLUMA COMFORT TOUCH CALIBRE 32 6MM..... 163, 177
AGUJA PARA PLUMA COMFORT TOUCH CALIBRE 32 8MM..... 163, 177
AGUJA PARA PLUMA COMFORT TOUCH CALIBRE 33 4MM..... 163, 177
AGUJA PARA PLUMA COMFORT TOUCH CALIBRE 33 5MM..... 163, 177
AGUJA PARA PLUMA COMFORT TOUCH CALIBRE 33 6MM..... 163, 177
AGUJA PARA PLUMA CORTA BD UF 8MM X CALIBRE 31 ..... 162, 177
AGUJA PARA PLUMA DE INSULINA EASYLIFE CALIBRE 29 12MM 166, 177
AGUJA PARA PLUMA DE INSULINA EASYLIFE CALIBRE 31 4MM 166, 177
AGUJA PARA PLUMA DE INSULINA EASYLIFE CALIBRE 31 5MM 166, 177
AGUJA PARA PLUMA DE INSULINA EASYLIFE CALIBRE 31 6MM 166, 177
AGUJA PARA PLUMA DE INSULINA EASYLIFE CALIBRE 31 8MM 167, 177
AGUJA PARA PLUMA DE INSULINA EASYLIFE CALIBRE 32 4MM 167, 177
AGUJA PARA PLUMA DE INSULINA EASYLIFE CALIBRE 32 5MM 167, 177
AGUJA PARA PLUMA DE INSULINA EASYLIFE CALIBRE 32 6MM 167, 177
AGUJA PARA PLUMA DE INSULINA EASYLIFE CALIBRE 32 8MM 167, 177
AGUJA PARA PLUMA DE INSULINA EASYLIFE CALIBRE 33 4MM 167, 177
AGUJA PARA PLUMA DE INSULINA EASYLIFE CALIBRE 33 5MM 167, 177
AGUJA PARA PLUMA DE INSULINA EASYLIFE CALIBRE 33 6MM 167, 177
AGUJA PARA PLUMA DE INSULINA EASYLIFE CALIBRE 33 8MM 167, 177
AGUJA PARA PLUMA DE INSULINA TOPFINE CALIBRE 32 4MM... 172, 177
AGUJA PARA PLUMA DE SEGURIDAD 5MM X CALIBRE 31 ..... 171, 177
AGUJA PARA PLUMA DE SEGURIDAD AUTOKEEPER CALIBRE 30 8MM 161, 177
AGUJA PARA PLUMA DE SEGURIDAD CALIBRE 31 4MM 171, 177
AGUJA PARA PLUMA DE SEGURIDAD SKY CALIBRE 30 5MM 171, 177
AGUJA PARA PLUMA DE SEGURIDAD SKY CALIBRE 30 8MM 171, 177
AGUJA PARA PLUMA DE SEGURIDAD ULTICARE 5MM CALIBRE 30 173, 177
AGUJA PARA PLUMA DE SEGURIDAD ULTICARE CALIBRE 30 8MM 173, 177
AGUJA PARA PLUMA DROPLET CALIBRE 29 10MM 164, 177
AGUJA PARA PLUMA DROPLET CALIBRE 29 12MM 164, 177
AGUJA PARA PLUMA DROPLET CALIBRE 30 8MM 164, 177
AGUJA PARA PLUMA DROPLET CALIBRE 31 5MM 164, 177
AGUJA PARA PLUMA DROPLET CALIBRE 31 6MM 164, 177
AGUJA PARA PLUMA DROPLET CALIBRE 31 8MM 164, 177
AGUJA PARA PLUMA DROPLET CALIBRE 32 4MM 164, 177
AGUJA PARA PLUMA DROPLET CALIBRE 32 5MM 164, 177
AGUJA PARA PLUMA DROPLET CALIBRE 32 6MM 164, 177

AGUJA PARA PLUMA DROPLET CALIBRE 32 8MM 164, 177
AGUJA PARA PLUMA DROPSAFE CALIBRE 31 4MM 165, 177
AGUJA PARA PLUMA DROPSAFE CALIBRE 31 5MM 165, 177
AGUJA PARA PLUMA DROPSAFE CALIBRE 31 8MM 165, 177
AGUJA PARA PLUMA DROPSAFE CALIBRE 31X1/4 ..... 165, 177
AGUJA PARA PLUMA EASY CMFT SFTY CALIBRE 31 5MM..... 165, 177
AGUJA PARA PLUMA EASY CMFT SFTY CALIBRE 32 4MM..... 165, 177
AGUJA PARA PLUMA EASY CMFT SFTY, CALIBRE 31, 6MM..... 165, 177
AGUJA PARA PLUMA EASY COMFORT CALIBRE 29 4MM 165, 177
AGUJA PARA PLUMA EASY COMFORT CALIBRE 29 5MM 165, 177
AGUJA PARA PLUMA EASY COMFORT CALIBRE 31X1/4 ..... 165, 177
AGUJA PARA PLUMA EASY COMFORT CALIBRE 31X3/16 ..... 165, 177
AGUJA PARA PLUMA EASY COMFORT CALIBRE 31X5/16 ..... 165, 177
AGUJA PARA PLUMA EASY COMFORT CALIBRE 32X5/32 ..... 165, 177
AGUJA PARA PLUMA EASY COMFORT CALIBRE 33 4MM 165, 177
AGUJA PARA PLUMA EASY COMFORT CALIBRE 33 5MM 165, 177
AGUJA PARA PLUMA EASY COMFORT CALIBRE 33 6MM 165, 177
AGUJA PARA PLUMA EASY GLIDE 4MM CALIBRE 33 ..... 165, 177
AGUJA PARA PLUMA EASY TOUCH CALIBRE 29X1/2 ..... 166, 177
AGUJA PARA PLUMA EASY TOUCH CALIBRE 30X5/16 ..... 166, 177
AGUJA PARA PLUMA EASY TOUCH CALIBRE 31X1/4 ..... 166, 177
AGUJA PARA PLUMA EASY TOUCH CALIBRE 31X3/16 ..... 166, 177
AGUJA PARA PLUMA EASY TOUCH CALIBRE 31X5/16 ..... 166, 177
AGUJA PARA PLUMA EASY TOUCH CALIBRE 32X1/4 ..... 166, 177
AGUJA PARA PLUMA EASY TOUCH CALIBRE 32X3/16 ..... 166, 177
AGUJA PARA PLUMA EASY TOUCH CALIBRE 32X5/32 ..... 166, 177
AGUJA PARA PLUMA EASY TOUCH SAF CALIBRE 29 5MM..... 166, 177
AGUJA PARA PLUMA EASY TOUCH SAF CALIBRE 29 8MM..... 166, 177
AGUJA PARA PLUMA EASY TOUCH SAF CALIBRE 30 5MM..... 166, 177
AGUJA PARA PLUMA EASY TOUCH SAF CALIBRE 30 8MM..... 166, 177
AGUJA PARA PLUMA EASYLIFE SAFTY CALIBRE 31 4MM..... 167, 177
AGUJA PARA PLUMA EASYLIFE SAFTY CALIBRE 31 5MM..... 167, 177
AGUJA PARA PLUMA EASYTOUCH SAF CALIBRE 30 6MM..... 167, 177
AGUJA PARA PLUMA EMBRACE CALIBRE 29 12MM 167, 177
AGUJA PARA PLUMA EMBRACE CALIBRE 30 5MM 167, 177
AGUJA PARA PLUMA EMBRACE CALIBRE 30 8MM 167, 177
AGUJA PARA PLUMA EMBRACE CALIBRE 31 5MM 167, 177
AGUJA PARA PLUMA EMBRACE CALIBRE 31 6MM 167, 177
AGUJA PARA PLUMA EMBRACE CALIBRE 31 8MM 167, 177
AGUJA PARA PLUMA EMBRACE CALIBRE 32 4MM 167, 177
AGUJA PARA PLUMA GNP CALIBRE 31 5MM 167, 177
AGUJA PARA PLUMA GNP CALIBRE 32 6MM 167, 177
AGUJA PARA PLUMA GNP SIMPLI CALIBRE 32 4MM 167, 177
AGUJA PARA PLUMA GS CALIBRE 31 X 8MM..... 167, 177
AGUJA PARA PLUMA HEALTHWISE CALIBRE 31 5MM 167, 177
AGUJA PARA PLUMA HEALTHWISE CALIBRE 31 8MM 167, 177

AGUJA PARA PLUMA HEALTHWISE CALIBRE 32 4MM 167, 177
AGUJA PARA PLUMA INCONTROL 12MM CALIBRE 29 ..... 168, 177
AGUJA PARA PLUMA INCONTROL 4MM CALIBRE 32 ..... 168, 177
AGUJA PARA PLUMA INCONTROL 5MM CALIBRE 31 ..... 168, 177
AGUJA PARA PLUMA INCONTROL 6MM CALIBRE 31 ..... 168, 177
AGUJA PARA PLUMA INCONTROL 8MM CALIBRE 31 ..... 168, 177
AGUJA PARA PLUMA INSUPEN CALIBRE 29 X 1/2 ..... 168, 177
AGUJA PARA PLUMA INSUPEN CALIBRE 31 8MM 168, 177
AGUJA PARA PLUMA INSUPEN CALIBRE 31X3/16 ..... 168, 177
AGUJA PARA PLUMA INSUPEN CALIBRE 32 4MM 168, 177
AGUJA PARA PLUMA INSUPEN CALIBRE 32 6MM (CON RECETA)168, 177
AGUJA PARA PLUMA MAXICOMFORT CALIBRE 29 X 5MM 169, 177
AGUJA PARA PLUMA MAXICOMFORT CALIBRE 29 X 8MM 169, 177
AGUJA PARA PLUMA MAXICOMFORT II CALIBRE 31X6MM..... 168, 177
AGUJA PARA PLUMA MICRODOT CALIBRE 31X6MM 169, 177
AGUJA PARA PLUMA MICRODOT CALIBRE 32X4MM 169, 177
AGUJA PARA PLUMA MICRODOT CALIBRE 33X4MM 169, 177
AGUJA PARA PLUMA MINI BD UF 5MM X CALIBRE 31 ..... 162, 177
AGUJA PARA PLUMA MINI CALIBRE 32 5MM 169, 177
AGUJA PARA PLUMA MINI CALIBRE 32 8MM 169, 177
AGUJA PARA PLUMA MINI CALIBRE 33 5MM 169, 177
AGUJA PARA PLUMA MINI CALIBRE 33 6MM 169, 177
AGUJA PARA PLUMA MINI ULTRA FINA II CALIBRE 31 ESTÉRIL 169, 177
AGUJA PARA PLUMA NANO BD UF 4MM X CALIBRE 32 ..... 162, 177
AGUJA PARA PLUMA NANO CALIBRE 32 4MM 169, 177
AGUJA PARA PLUMA NANO DE SEGUNDA GENERACIÓN CALIBRE 32 4MM 169, 177
AGUJA PARA PLUMA NOVOFINE PLUS CALIBRE 32X1/6..... 169, 177
AGUJA PARA PLUMA PENTIPS CALIBRE 29 1/2 ..... 170, 177
AGUJA PARA PLUMA PENTIPS CALIBRE 31 1/4 ..... 170, 177
AGUJA PARA PLUMA PENTIPS CALIBRE 31X3/16 ..... 170, 177
AGUJA PARA PLUMA PENTIPS CALIBRE 31X5/16 ..... 170, 177
AGUJA PARA PLUMA PENTIPS CALIBRE 32 1/4 ..... 170, 177
AGUJA PARA PLUMA PENTIPS CALIBRE 32X5/32 ..... 170, 177
AGUJA PARA PLUMA PIP CALIBRE 31 X 5MM..... 170, 177
AGUJA PARA PLUMA PIP CALIBRE 32 X 4MM..... 170, 177
AGUJA PARA PLUMA PREVENT CALIBRE 31X1/4 ..... 170, 177
AGUJA PARA PLUMA PREVENT CALIBRE 31X5/16 ..... 170, 177
AGUJA PARA PLUMA PRO COMFORT 4MM CALIBRE 32 ..... 170, 177
AGUJA PARA PLUMA PRO COMFORT 5MM CALIBRE 32 ..... 170, 177
AGUJA PARA PLUMA PRO COMFORT CALIBRE 32 8MM 170, 177
AGUJA PARA PLUMA PRO COMFORT CALIBRE 32 X 1/4 ..... 170, 177
AGUJA PARA PLUMA PURE CMFT SFTY CALIBRE 31 5MM..... 170, 177
AGUJA PARA PLUMA PURE CMFT SFTY CALIBRE 32 4MM..... 170, 177
AGUJA PARA PLUMA PURE CMFT SFTY, CALIBRE 31, 6MM..... 170, 177

AGUJA PARA PLUMA PURE COMFORT CALIBRE 32 4MM 170, 177
AGUJA PARA PLUMA PURE COMFORT CALIBRE 32 5MM 170, 177
AGUJA PARA PLUMA PURE COMFORT CALIBRE 32 6MM 170, 177
AGUJA PARA PLUMA PURE COMFORT CALIBRE 32 8MM 170, 177
AGUJA PARA PLUMA RAYA SURE CALIBRE 29 12MM 170, 177
AGUJA PARA PLUMA RAYA SURE CALIBRE 31 4MM 170, 177
AGUJA PARA PLUMA RAYA SURE CALIBRE 31 5MM 170, 177
AGUJA PARA PLUMA RAYA SURE CALIBRE 31 6MM 170, 177
AGUJA PARA PLUMA RELION CALIBRE 32X5/32 ..... 170, 177
AGUJA PARA PLUMA SECURESAFE CALIBRE 30X5/16 ..... 171, 177
AGUJA PARA PLUMA SECURESAFE CALIBRE 31 5MM EXTERIOR 171, 177
AGUJA PARA PLUMA SURE CMFT SFTY CALIBRE 32 4MM..... 171, 177
AGUJA PARA PLUMA SURE CMFT SFTY, CALIBRE 31, 6MM..... 171, 177
AGUJA PARA PLUMA SURE COMFORT CALIBRE 29X1/2 ..... 171, 177
AGUJA PARA PLUMA SURE COMFORT CALIBRE 30 ..... 171, 177
AGUJA PARA PLUMA SURE COMFORT CALIBRE 31 5MM 171, 177
AGUJA PARA PLUMA SURE COMFORT CALIBRE 31 8MM 171, 177
AGUJA PARA PLUMA SURE COMFORT CALIBRE 32 4MM 171, 177
AGUJA PARA PLUMA SURE COMFORT CALIBRE 32 6MM 171, 177
AGUJA PARA PLUMA TECHLITE CALIBRE 29X1/2 ..... 172, 177
AGUJA PARA PLUMA TECHLITE CALIBRE 29X3/8 ..... 172, 177
AGUJA PARA PLUMA TECHLITE CALIBRE 31X1/4 ..... 172, 177
AGUJA PARA PLUMA TECHLITE CALIBRE 31X3/16 ..... 172, 177
AGUJA PARA PLUMA TECHLITE CALIBRE 31X5/16 ..... 172, 177
AGUJA PARA PLUMA TECHLITE CALIBRE 32X1/4 ..... 172, 177
AGUJA PARA PLUMA TECHLITE CALIBRE 32X5/16 ..... 172, 177
AGUJA PARA PLUMA TECHLITE CALIBRE 32X5/32 ..... 172, 177
AGUJA PARA PLUMA TECHLITE PLUS CALIBRE 32 4MM 172, 177
AGUJA PARA PLUMA TRUE CMFT SFTY CALIBRE 31 5MM..... 172, 177
AGUJA PARA PLUMA TRUE CMFT SFTY CALIBRE 32 4MM..... 172, 177
AGUJA PARA PLUMA TRUE CMFT SFTY, CALIBRE 31, 6MM..... 172, 177
AGUJA PARA PLUMA TRUE COMFORT CALIBRE 31 8MM 172, 177
AGUJA PARA PLUMA TRUE COMFORT CALIBRE 31X5MM 172, 177
AGUJA PARA PLUMA TRUE COMFORT CALIBRE 31X6MM 172, 177
AGUJA PARA PLUMA TRUE COMFORT CALIBRE 32 5MM 172, 177
AGUJA PARA PLUMA TRUE COMFORT CALIBRE 32 6MM 172, 177
AGUJA PARA PLUMA TRUE COMFORT CALIBRE 32X4MM 172, 177
AGUJA PARA PLUMA TRUE COMFORT CALIBRE 33 4MM 172, 177
AGUJA PARA PLUMA TRUE COMFORT CALIBRE 33 5MM 172, 177
AGUJA PARA PLUMA TRUE COMFORT CALIBRE 33 6MM 172, 177
AGUJA PARA PLUMA TRUE-CMFRT PRO CALIBRE 31 5MM..... 173, 177
AGUJA PARA PLUMA TRUE-CMFRT PRO CALIBRE 31 6MM..... 173, 177
AGUJA PARA PLUMA TRUE-CMFRT PRO CALIBRE 31 8MM..... 173, 177
AGUJA PARA PLUMA TRUE-CMFRT PRO CALIBRE 32 4MM..... 173, 177
AGUJA PARA PLUMA TRUEPLUS CALIBRE 29 x 1/2 ..... 173, 177
AGUJA PARA PLUMA TRUEPLUS CALIBRE 31 X 1/4 ..... 173, 177

AGUJA PARA PLUMA TRUEPLUS CALIBRE 31X3/16 ..... 173, 177
AGUJA PARA PLUMA TRUEPLUS CALIBRE 31X5/16 ..... 173, 177
AGUJA PARA PLUMA TRUEPLUS CALIBRE 32X5/32 ..... 173, 177
AGUJA PARA PLUMA ULTICARE 12MM CALIBRE 29 ..... 173, 177
AGUJA PARA PLUMA ULTICARE 4MM CALIBRE 32 MICRO, CALIBRE 32X4MM..... 173, 177
AGUJA PARA PLUMA ULTICARE 6MM CALIBRE 31 ..... 173, 177
AGUJA PARA PLUMA ULTICARE 6MM CALIBRE 32 ..... 173, 177
AGUJA PARA PLUMA ULTICARE 8MM CALIBRE 31 ..... 173, 177
AGUJA PARA PLUMA ULTICARE CALIBRE 31X3/16 ..... 173, 177
AGUJA PARA PLUMA ULTILET 174, 177
AGUJA PARA PLUMA ULTILET 4MM CALIBRE 32 ..... 174, 177
AGUJA PARA PLUMA ULTRA FLO CALIBRE 31 5MM 174, 177
AGUJA PARA PLUMA ULTRA FLO CALIBRE 31 8MM 174, 177
AGUJA PARA PLUMA ULTRA FLO CALIBRE 32 4MM 174, 177
AGUJA PARA PLUMA ULTRA FLO CALIBRE 33 4MM 174, 177
AGUJA PARA PLUMA ULTRACARE CALIBRE 31X1/4 ..... 175, 177
AGUJA PARA PLUMA ULTRACARE CALIBRE 31X3/16 ..... 175, 177
AGUJA PARA PLUMA ULTRACARE CALIBRE 31X5/16 ..... 175, 177
AGUJA PARA PLUMA ULTRACARE CALIBRE 32X1/4 ..... 175, 177
AGUJA PARA PLUMA ULTRACARE CALIBRE 32X3/16 ..... 175, 177
AGUJA PARA PLUMA ULTRACARE CALIBRE 32X5/32 ..... 175, 177
AGUJA PARA PLUMA ULTRACARE CALIBRE 33X5/32 ..... 175, 177
AGUJA PARA PLUMA ULTRA-FINE CALIBRE 29 12.7MM 175, 177
AGUJA PARA PLUMA ULTRA-FINE CALIBRE 31 5MM 175, 177
AGUJA PARA PLUMA ULTRA-FINE CALIBRE 31 8MM 175, 177
AGUJA PARA PLUMA ULTRA-FINE CALIBRE 32 6MM 175, 177
AGUJA PARA PLUMA ULTRA-THIN II CALIBRE 29X1/2 ..... 175, 177
AGUJA PARA PLUMA ULTRA-THIN II CALIBRE 31X5/16 ..... 175, 177
AGUJA PARA PLUMA UNIFINE OTC CALIBRE 31 5MM 175, 177
AGUJA PARA PLUMA UNIFINE OTC CALIBRE 32 4MM 175, 177
AGUJA PARA PLUMA UNIFINE ULTR CALIBRE 34 3.5MM 176, 177
AGUJA PARA PLUMA UNIFINE ULTRA CALIBRE 29 12MM 176, 177
AGUJA PARA PLUMA UNIFINE ULTRA CALIBRE 31 5MM 176, 177
AGUJA PARA PLUMA UNIFINE ULTRA CALIBRE 31 6MM 176, 177
AGUJA PARA PLUMA UNIFINE ULTRA CALIBRE 31 8MM 176, 177
AGUJA PARA PLUMA UNIFINE ULTRA CALIBRE 32 4MM 176, 177
AGUJA PARA PLUMA UNIFINE ULTRA CALIBRE 32 6MM 176, 177
AGUJA PARA PLUMA VERIFINE CALIBRE 29 12MM 176, 177
AGUJA PARA PLUMA VERIFINE CALIBRE 31 5MM 176, 177
AGUJA PARA PLUMA VERIFINE CALIBRE 31 X 6MM 176, 177
AGUJA PARA PLUMA VERIFINE CALIBRE 31 X 8MM 176, 177
AGUJA PARA PLUMA VERIFINE CALIBRE 32 6MM 176, 177
AGUJA PARA PLUMA VERIFINE CALIBRE 32 X 4MM 176, 177
AGUJA PARA PLUMA VERIFINE CALIBRE 32 x 5MM 176, 177
AGUJA PARA PLUMA VERIFINE PLUS CALIBRE 31 5MM 176, 177
AGUJA PARA PLUMA VERIFINE PLUS CALIBRE 31 8MM 176, 177

AGUJA PARA PLUMA VERIFINE PLUS CALIBRE 32 4MM 176, 177
AGUJA PARA PLUMA VERIFINE PLUS CALIBRE 32 4MM-CONTENEDOR CORTOPUNZANTE..... 176, 177
AGUJA PARA PLUMA, AGUJA PARA DIABETES, CALIBRE 29 X 1/2 169, 177
AGUJA ULTRAFINA PARA PLUMA CALIBRE 32 X 4MM 174, 177
AGUJAS NOVOFINE CALIBRE 32.... 169, 177
AGUJAS PARA PLUMA 12MM CALIBRE 29 CALIBRE 29X12MM, ESTÉRILES..... 169, 177
AGUJAS PARA PLUMA 4MM CALIBRE 32..... 169, 177
AGUJAS PARA PLUMA 5MM CALIBRE 31 CALIBRE 31X5MM, ESTÉRILES, MINI (VENTA LIBRE)..... 169, 177
AGUJAS PARA PLUMA 8MM CALIBRE 31 CALIBRE 31X8MM, ESTÉRIL, CORTAS (VENTA LIBRE)..... 170, 177
AGUJAS PARA PLUMA ADVOCATE 5MM CALIBRE 31 ..... 161, 177
AGUJAS PARA PLUMA ADVOCATE 8MM CALIBRE 31 ..... 161, 177
AGUJAS PARA PLUMA CAREFINE 6MM CALIBRE 32 ..... 162, 177
AGUJAS PARA PLUMA CAREFINE 8MM CALIBRE 31 ..... 162, 177
AGUJAS PARA PLUMA COMFORT EZ 4MM CALIBRE 32 DE UN SOLO USO, MICRO 163, 177
AGUJAS PARA PLUMA COMFORT EZ 4MM CALIBRE 33 ..... 163, 177
AGUJAS PARA PLUMA COMFORT EZ 5MM CALIBRE 31 MINI 163, 177
AGUJAS PARA PLUMA COMFORT EZ 5MM CALIBRE 32 DE UN SOLO USO, MINI, HRI..... 163, 177
AGUJAS PARA PLUMA COMFORT EZ 5MM CALIBRE 33 ..... 163, 177
AGUJAS PARA PLUMA COMFORT EZ 6MM CALIBRE 31 ..... 163, 177
AGUJAS PARA PLUMA COMFORT EZ 6MM CALIBRE 32 ..... 163, 177
AGUJAS PARA PLUMA COMFORT EZ 6MM CALIBRE 33 ..... 163, 177
AGUJAS PARA PLUMA COMFORT EZ 8 MM CALIBRE 33 ..... 163, 177
AGUJAS PARA PLUMA COMFORT EZ 8MM CALIBRE 31 CORTAS.... 163, 177
AGUJAS PARA PLUMA COMFORT EZ 8MM CALIBRE 32 ..... 163, 177
AGUJAS PARA PLUMA SURE-FINE 12.7MM 171, 177
AGUJAS PARA PLUMA SURE-FINE 5MM 171, 177
AGUJAS PARA PLUMA SURE-FINE 8MM 171, 177
AGUJAS PARA PLUMA ULTRA FLO 12MM CALIBRE 29 ..... 174, 177
AKEEGA 242
ALECENSA..... 12
ALMOHADILLA CON ALCOHOL AL 70% CARETOUCH..... 162, 177
ALMOHADILLA CON ALCOHOL AL 70% EASY COMFORT 165, 177
ALMOHADILLA CON ALCOHOL AL 70% KENDALL 168, 177
ALMOHADILLAS CON ALCOHOL .. 161, 177
ALMOHADILLAS CON ALCOHOL AL 70% EASY TOUCH ESTERILIZADAS POR RAYOS GAMMA 166, 177
ALMOHADILLAS CON ALCOHOL AL 70% EASYLIFE 166, 177
ALMOHADILLAS CON ALCOHOL AL 70% HEB INCONTROL 168, 177
ALMOHADILLAS CON ALCOHOL AL 70% PRO COMFORT 170, 177
ALMOHADILLAS CON ALCOHOL AL 70% PRO-COMFORT..... 170, 177
ALMOHADILLAS CON ALCOHOL AL 70% PURE COMFORT..... 170, 177
ALMOHADILLAS CON ALCOHOL AL 70% TRUE COMFORT 172, 177
ALMOHADILLAS DE ALCOHOL AL 70% DROPSAFE..... 164, 177
ALMOHADILLAS DE ALCOHOL SURE COMFORT 171, 177

ALMOHADILLAS DE ALCOHOL SURE-PREP 171, 177
ALMOHADILLAS DE ALCOHOL TRUE COMFORT PRO 173, 177
ALMOHADILLAS DE GASA CURITY 163, 177
ALMOHADILLAS ESTÉRILES 2 167, 177
ALMOHADILLAS ESTÉRILES RA 2. 170, 177
ALTRENO 360
ALUNBRIG COMPRIMIDO ORAL 180 MG, 30 MG, 90 MG 49
ALUNBRIG COMPRIMIDO ORAL, PAQUETE DE DOSIS 49
Alyq 332
Ambrisentan 14
Apomorfina 21
ARCALYST 295
ARIKAYCE 15
Armodafinil 24
ASSURE ID DUO-SHIELD CALIBRE 30X3/16 ..... 161, 177
ASSURE ID DUO-SHIELD CALIBRE 30X5/16 ..... 161, 177
AUGTYRO CÁPSULA ORAL 160 MG, 40 MG 289
AUSTEDO COMPRIMIDO ORAL 12 MG, 6 MG, 9 MG 81
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 81
AUSTEDO XR KIT DE TITULACIÓN (SEM1-4) 81
AUTOINYECTOR ANDEMBRY . 133, 134
AUTOINYECTOR DE AIMOVIG 112
AUTOINYECTOR SUBCUTÁNEO LEQEMBI IQLIK 360 MG/1.8 ML, 500 MG/2.5 ML (250MG/1.25MLX2) 194
AUTOINYECTOR SUBCUTÁNEO NUCALA 219
AVMAPKI 32
AVMAPKI-FAKZYNJA 32
AYVAKIT 30

B

BALVERSA COMPRIMIDO ORAL 3 MG, 4 MG, 5 MG 111
BD ECLIPSE CALIBRE 30X1/2 ... 161, 177
BD SAFETGLD INS 0.3 ML CALIBRE 29 13MM 161, 177
BD SAFETYGLD INS 0.3 ML CALIBRE 31 8MM 161, 177
BD SAFETYGLD INS 0.5 ML CALIBRE 30 8MM 162, 177
BD SAFETYGLD INS 1 ML CALIBRE 29 13MM 162, 177
BD SAFETYGLID INS 1 ML 6MM X CALIBRE 31 ..... 162, 177
BD SAFTYGLD INS 0.3 ML 6 MM x CALIBRE 31 ..... 162, 177
BD SAFTYGLD INS 0.5 ML 6MM X CALIBRE 31 ..... 162, 177
BD SAFTYGLD INS 0.5 ML CALIBRE 29 13MM 162, 177
BD VEO INS 0.3 ML 6MM X CALIBRE 31 (1/2) 162, 177
Bendamustina solución para reconstitución intravenosa 25 mg 42
BENDEKA 42
BENLYSTA SUBCUTÁNEO 39
BEQALZI 325
BEQALZI PAQUETE INICIAL 325
BESREMI 301
Betaína 44
Bexaroteno 45
BOSULIF CÁPSULA ORAL 100 MG, 50 MG 48
BOSULIF COMPRIMIDO ORAL 100 MG, 500 MG 48
Bosutinib comprimido oral 100 mg, 400 mg, 500 mg 48
BRAFTOVI 105
BRUKINSA CÁPSULA ORAL 399
BRUKINSA COMPRIMIDO ORAL 399

C

CABOMETYX COMPRIMIDO ORAL 20 MG, 40 MG, 60 MG 56
CALQUENCE (MALEATO DE ACALABRUTINIB) 6
CAMCEVI (6 MESES) 200

CAPRELSA COMPRIMIDO ORAL 100 MG, 300 MG..... 385
CÁPSULA ORAL DE TALÓMIDES 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG..... 351
CAYSTON..... 36
CERDELGA 102
CINRYZE 51, 52
Cipionato de testosterona..... 347
Citrato de fentanilo, pastilla para chupar con aplicador bucal..... 121
CLICKFINE UNIVERSAL CALIBRE 31 X 1/4 ..... 162, 177
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)..... 55
COMFORT EZ 0.3 ML CALIBRE 31 15/64 ..... 162, 177
COMFORT EZ 0.5 ML CALIBRE 31 15/64 ..... 162, 177
COMFORT EZ INS 0.3 ML CALIBRE 30X1/2..... 162, 177
COMFORT EZ INS 0.3 ML CALIBRE 30X5/16..... 162, 177
COMFORT EZ INS 1 ML CALIBRE 31 15/64 ..... 162, 177
COMFORT EZ INS 1 ML CALIBRE 31X5/16..... 163, 177
Comprimido oral de fenilbutirato de sodio 319
Concentrado oral de oxicodona 258
COPIKTRA..... 93
CORTROPHIN INYECCIÓN DE GEL... 66
CORTROPHIN JERINGA SUBCUTÁNEA DE GEL 40 UNIDADES/0.5 ML, 80 UNIDADES/ML..... 66
COSENTYX (2 JERINGAS)..... 309
COTELLIC 65
Crema tópica de lidocaína-prilocaína 209
CRESEMBA ORAL..... 182
D
Dalfampridina 72
DANZITEN 239
Dasatinib comprimido oral 100 mg, 140 mg, 20 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg 75
DAURISMO COMPRIMIDO ORAL 100 MG, 25 MG..... 138
DAWNZERA..... 87, 88
Deferasirox..... 77, 78
Deferiprona 79
DERMACEA 2 ..... 163, 177
DERMACEA NO TEJIDA 2..... 164, 177
Dermacinrx Lidocan 5% parche exterior 208
DIACOMIT CÁPSULA ORAL 250 MG, 500 MG 330
DIACOMIT POLVO ORAL EN SOBRE 250 MG, 500 MG..... 330
Diclofenaco solución tópica de sodio en bomba de dosis dosificada 83
Dihidroergotamina nasal..... 84
Dimetilfumarato cápsula oral de liberación tardía (DR/EC) 120 mg, 120 mg (14) - 240 mg (46), 240 mg..... 85
DOPTELET (PAQUETE DE 10 COMPRIMIDOS)..... 31
DOPTELET (PAQUETE DE 15 COMPRIMIDOS)..... 31
DOPTELET (PAQUETE DE 30 COMPRIMIDOS)..... 31
DOPTELET SPRINKLE 31
Dronabinol cápsula oral 90
DROPLET 0.3 ML CALIBRE 29 12.7 MM (1/2) EXTERIOR..... 164, 177
DROPLET 0.3 ML CALIBRE 30 12.7 MM (1/2) EXTERIOR..... 164, 177
DROPLET 0.5 ML CALIBRE 29X12.5MM (1/2)..... 164, 177
DROPLET 0.5 ML CALIBRE 30X12.5MM (1/2)..... 164, 177
DROPLET INS 0.3 ML CALIBRE 29X12.5MM..... 164, 177
DROPLET INS 0.3 ML CALIBRE 30 8MM (1/2) EXTERIOR..... 164, 177
DROPLET INS 0.3 ml CALIBRE 30X12.5MM..... 164, 177
DROPLET INS 0.3 ML CALIBRE 31 6 MM (1/2) EXTERIOR..... 164, 177
DROPLET INS 0.3 ML CALIBRE 31 8MM (1/2) EXTERIOR..... 164, 177
DROPLET INS 0.5 ML CALIBRE 29 12.7 MM EXTERIOR..... 164, 177

DROPLET INS 0.5 ML CALIBRE 30 12.7MM EXTERIOR..... 164, 177
DROPLET INS 0.5 ML CALIBRE 30X6MM (1/2)..... 164, 177
DROPLET INS 0.5 ML CALIBRE 30X8MM (1/2)..... 164, 177
DROPLET INS 0.5 ML CALIBRE 31X6MM (1/2)..... 164, 177
DROPLET INS 0.5 ML CALIBRE 31X8MM (1/2)..... 164, 177
DROPLET MICRON CALIBRE 34 X 9/64 ..... 164, 177
Droxidopa 91

E

EASY COMFORT 0.3 ML CALIBRE 31 1/2 ..... 165, 177
EASY COMFORT 0.3 ML CALIBRE 31 5/16 ..... 165, 177
EASY COMFORT 0.5 ML CALIBRE 30X1/2..... 165, 177
EASY COMFORT 0.5 ML CALIBRE 31X5/16..... 165, 177
EASY COMFORT 0.5 ML CALIBRE 32X5/16..... 165, 177
EASY COMFORT 1 ML CALIBRE 31X5/16..... 165, 177
EASY COMFORT 1 ML CALIBRE 32X5/16..... 165, 177
EASY GLIDE INS 0.3 ML CALIBRE 31X6MM..... 165, 177
EASY GLIDE INS 0.5 ML CALIBRE 31X6MM..... 165, 177
EASY GLIDE INS 1 ML CALIBRE 31X6MM..... 165, 177
EASY TOUCH 0.3 ML CALIBRE 30 8MM (1/2)..... 165, 177
EASY TOUCH 0.3 ML CALIBRE 31 6MM (1/2)..... 165, 177
EASY TOUCH 0.3 ML CALIBRE 31 8MM (1/2)..... 165, 177
EASY TOUCH AUTO 0.5 ML CALIBRE 30 6MM 166, 177
EASY TOUCH AUTO 0.5 ML CALIBRE 30 8MM 166, 177
EASY TOUCH AUTORET 1 ML CALIBRE 30 6MM 166, 177
EASY TOUCH AUTORET 1 ML CALIBRE 30 8MM 166, 177
EASY TOUCH FLIPLOK 1 ML CALIBRE 27X0.5..... 166, 177
EASY TOUCH INS 0.3 ML CALIBRE 30 8MM 166, 177
EASY TOUCH INS 0.3 ML CALIBRE 31 8MM 166, 177
EASY TOUCH INS 0.5 ML CALIBRE 30 8MM 166, 177
EASY TOUCH INS 0.5 ML CALIBRE 31 6MM 166, 177
EASY TOUCH INS 0.5 ML CALIBRE 31 8MM 166, 177
EASY TOUCH INS 1 ML 27G 1/2 166, 177
EASY TOUCH INS 1 ML 28G 12.7MM 166, 177
EGRIFTA SV..... 344
EGRIFTA WR 344
ELIGARD 201
ELIGARD (3 MESES) 201
ELIGARD (4 MESES) 201
ELIGARD (6 MESES) 201
Enantato de testosterona 348
ENBREL JERINGA SUBCUTÁNEA ... 114
ENBREL MINI..... 114
ENBREL SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA 114
ENBREL SURECLICK..... 114
ENSACOVE CÁPSULA ORAL 100 MG, 25 MG 106
ENSPRYNG 307, 308
ENTYVIO..... 386, 387
EPCLUSA COMPRIMIDO ORAL..... 320
EPCLUSA PELLETS ORALES EN SOBRE 150-37.5 MG, 200-50 MG 320
EPIDIOLEX..... 57
ERIVEDGE..... 395
ERLEADA COMPRIMIDO ORAL 240 MG, 60 MG..... 20
Erlotinib comprimido oral 100 mg, 150 mg, 25 mg 113
ESPONJA DE USO VERSALON 25'S,N-ESTÉRIL, 3PLY 176, 177
ESPONJAS DE GASA CURITY (12 PLIEGUES) - 200/BOLSA..... 163, 177
ESPONJAS LISCO 100/BOLSA ... 168, 177

Everolimus (antineoplásico) comprimido oral 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg 116
Everolimus (antineoplásico) comprimido oral para suspensión 117
EVRYSDI COMPRIMIDO ORAL 300
EVRYSDI SOLUCIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN 300
EXEL U100 0.3 ML CALIBRE 29X1/2 167, 177
EXEL U100 0.3 ML CALIBRE 30X5/16 ..... 167, 177
EXXUA 136
F
FASENRA 43
Fenilbutirato de glicerol 145
FERRIPROX SOLUCIÓN ORAL 79
FILSPARI 329
Fingolimod 126
FINTEPLA 120
FOTIVDA 352
FRUZAQLA CÁPSULA ORAL 1 MG, 5 MG 129
G
GALAFOLD 226
GASA BORDEADA 2 ..... 162, 177
GASA DERMACEA 2 ..... 164, 177
GATTEX 30-VIAL 339
GAVRETO 282
Gefitinib 135
Gel transdérmico de testosterona en bomba de dosis dosificada 12.5 mg/1.25 gramos (1%), 20.25 mg/1.25 gramos (1.62%) 345, 346
Gel transdérmico de testosterona en sobre, 1% (25 mg/2.5 gramos), 1% (50 mg/5 gramos) 345, 346
GILOTRIF 11
Glutamina (anemia falciforme) 206
GNP ULT C 0.3 ML CALIBRE 29X1/2 167, 177
GNP ULT CMFRT 0.5 ML CALIBRE 29X1/2 ..... 167, 177
GNP ULTR CMFRT 0.5 ML CALIBRE 30X5/16 ..... 167, 177
GOMEKLI CÁPSULA ORAL 1 MG, 2 MG 229
GOMEKLI COMPRIMIDO ORAL PARA SUSPENSIÓN 229
H
HADLIMA 10
HADLIMA PUSHTOUCH 10
HADLIMA(CF) 10
HADLIMA(CF) PUSHTOUCH 10
HEALTHWISE INS 0.3 ML CALIBRE 30X5/16 ..... 167, 177
HEALTHWISE INS 0.3 ML CALIBRE 31X5/16 ..... 167, 177
HEALTHWISE INS 0.5 ML CALIBRE 30X5/16 ..... 167, 177
HEALTHWISE INS 0.5 ML CALIBRE 31X5/16 ..... 167, 177
HEALTHWISE INS 1 ML CALIBRE 30X5/16 ..... 167, 177
HEALTHWISE INS 1 ML CALIBRE 31X5/16 ..... 167, 177
HEALTHY ACCENTS PENTIP 5MM CALIBRE 31 ..... 167, 177
HEALTHY ACCENTS PENTIP 6MM CALIBRE 31 ..... 167, 177
HEALTHY ACCENTS PENTIP 8MM CALIBRE 31 ..... 168, 177
HEALTHY ACCENTS PENTP 12MM CALIBRE 29 ..... 168, 177
HERCEPTIN HYLECTA 365
HERNEXEOS 402
HETLIOZ LQ 338
HISOPO BD DE USO ÚNICO 162, 177
HISOPOS CON ALCOHOL ESTÉRILES ULTILET 174, 177
HISOPOS DE ALCOHOL ESTÉRILES GNP, DOS CAPAS 167, 177
HUMIRA KIT DE JERINGA SUBCUTÁNEA 40 MG/0.8 ML 8
HUMIRA(CF) 8
HYRNUO 316
I
IBRANCE 260
IBTROZI 337
Ibuprofeno-famotidina 149
Icatibant 150, 151
ICLUSIG 278
IDHIFA 104

Imatinib comprimido oral 100 mg, 400 mg 153
IMBRUVICA CÁPSULA ORAL 140 MG, 70 MG 148
IMBRUVICA COMPRIMIDO ORAL... 148
IMBRUVICA SUSPENSIÓN ORAL..... 148
IMKELDI..... 154
IMPAVIDO..... 228
INBRIJA INHALATORIA CÁPSULA, CON DISPOSITIVO DE INHALACIÓN 205
INCRELEX..... 217
Infliximab..... 157, 158
INGREZZA..... 384
INGREZZA INITIATION PK (TARDIV) 384
INGREZZA SPRINKLE 384
INICIACIÓN OTEZLA XR 23
INLURIYO 155
INLYTA COMPRIMIDO ORAL 1 MG, 5 MG 34
INQOVI 76
INREBIC..... 119
INSULINA DROPSAFE 1 ML CALIBRE 29 12.5MM 165, 177
INSULINA EASY TOUCH 1 ML CALIBRE 29X1/2 ..... 166, 177
INSULINA EASY TOUCH 1 ML CALIBRE 30X1/2 ..... 166, 177
INSULINA EASY TOUCH 1 ML CALIBRE 30X5/16 ..... 166, 177
INSULINA EASY TOUCH 1 ML CALIBRE 31X5/16 ..... 166, 177
INSULINA EASY TOUCH LUER LOK 1 ML..... 166, 177
Inyección de bortezomib..... 47
IQIRVO..... 96, 97
ISTURISA COMPRIMIDO ORAL 1 MG, 5 MG 256
ITOVEBI COMPRIMIDO ORAL 3 MG, 9 MG 156
IWILFIN 94
J
JAKAFI..... 303
JAKAFI XR 303
JASCAYD..... 236
JAVADIN 64
Javygtor comprimido oral, soluble 304
JAYPIRCA COMPRIMIDO ORAL 100 MG, 50 MG..... 276
JERINGA ASSURE ID 0.5 ML CALIBRE 31X15/64..... 161, 177
JERINGA ASSURE ID 1 ML CALIBRE 31X15/64..... 161, 177
JERINGA BD SAFETYGLIDE CALIBRE 27X5/8..... 162, 177
JERINGA CARETOUCH 0.3 ML CALIBRE 31X5/16 ..... 162, 177
JERINGA CARETOUCH 0.5 ML CALIBRE 30X5/16 ..... 162, 177
JERINGA CARETOUCH 0.5 ML CALIBRE 31X5/16 ..... 162, 177
JERINGA CARETOUCH 1 ML CALIBRE 28X5/16..... 162, 177
JERINGA CARETOUCH 1 ML CALIBRE 29X5/16..... 162, 177
JERINGA CARETOUCH 1 ML CALIBRE 30X5/16..... 162, 177
JERINGA CARETOUCH 1 ML CALIBRE 31X5/16..... 162, 177
JERINGA COMFORT EZ 0.3 ML CALIBRE 29X1/2 ..... 163, 177
JERINGA COMFORT EZ 0.5 ML CALIBRE 28X1/2 ..... 163, 177
JERINGA COMFORT EZ 0.5 ML CALIBRE 29X1/2 ..... 163, 177
JERINGA COMFORT EZ 0.5 ML CALIBRE 30X1/2 ..... 163, 177
JERINGA COMFORT EZ 1 ML 27G 12.7MM 163, 177
JERINGA COMFORT EZ 1 ML CALIBRE 28X1/2..... 163, 177
JERINGA COMFORT EZ 1 ML CALIBRE 29X1/2..... 163, 177
JERINGA COMFORT EZ 1 ML CALIBRE 30X1/2..... 163, 177
JERINGA COMFORT EZ 1 ML CALIBRE 30X5/16..... 163, 177
JERINGA DE SEGURIDAD 0.5 ML CALIBRE 30 1/2 ..... 171, 177

JERINGA DE SEGURIDAD PARA INSULINA ASSURE ID 1 ML CALIBRE 29 X 1/2 ..... 161, 177
JERINGA DUPIXENT JERINGA SUBCUTÁNEA 200 MG/1.14 ML, 300 MG/2 ML 92
JERINGA EASY COMFORT 0.5 ML .. 165, 177
JERINGA EASY COMFORT 0.5 ML CALIBRE 29 8MM 165, 177
JERINGA EASY COMFORT 1 ML CALIBRE 29 8MM 165, 177
JERINGA EASY COMFORT 1 ML CALIBRE 30X1/2 ..... 165, 177
JERINGA EASY TOUCH 0.3 ML CALIBRE 30X1/2 ..... 165, 177
JERINGA EASY TOUCH 0.5 ML 28G 12.7MM 166, 177
JERINGA EASY TOUCH 0.5 ML CALIBRE 27X1/2 ..... 165, 177
JERINGA EASY TOUCH 0.5 ML CALIBRE 29 12.7MM 166, 177
JERINGA EASY TOUCH 0.5 ML CALIBRE 29X1/2 ..... 165, 177
JERINGA EASY TOUCH 0.5 ML CALIBRE 30X1/2 ..... 165, 177
JERINGA EASY TOUCH 0.5 ML CALIBRE 30X5/16 ..... 165, 177
JERINGA EASY TOUCH 1 ML 27G 16MM 166, 177
JERINGA EASY TOUCH 1 ML CALIBRE 29X1/2..... 165, 177
JERINGA EASY TOUCH 1 ML CALIBRE 30X1/2..... 165, 177
JERINGA EASY TOUCH UNI-SLIP 1 ML 166, 177
JERINGA EASYLIFE 1 ML CALIBRE 30 12.7MM 167, 177
JERINGA EMGALITY JERINGA SUBCUTÁNEA 120 MG/ML, 300 MG/3 ML (100 MG/ML x 3) 131
JERINGA GNP ULTRA COMFORT 1 ML 167, 177
JERINGA GNP ULTRA COMFORT 3/10 ML..... 167, 177
JERINGA MONOJECT 0.3 ML..... 169, 177
JERINGA MONOJECT 0.5 ML..... 169, 177
JERINGA MONOJECT 0.5 ML CALIBRE 28X1/2..... 169, 177
JERINGA MONOJECT 1 ML..... 169, 177
JERINGA MONOJECT 1 ML 27X1/2.. 169, 177
JERINGA MONOJECT 1 ML CALIBRE 28X1/2..... 169, 177
JERINGA PARA INSULINA 0.3 ML .. 168, 177
JERINGA PARA INSULINA 0.3 ML CALIBRE 31X1/4 ..... 168, 177
JERINGA PARA INSULINA 0.3 ML CALIBRE 31X1/4 (1/2)..... 168, 177
JERINGA PARA INSULINA 0.5 ML .. 168, 177
JERINGA PARA INSULINA 0.5 ML 27G 1/2 ..... 168, 177
JERINGA PARA INSULINA 0.5 ML CALIBRE 28X1/2 ..... 168, 177
JERINGA PARA INSULINA 0.5 ML CALIBRE 29 x 1/2 ..... 168, 177
JERINGA PARA INSULINA 0.5 ML CALIBRE 30 x 1/2 ..... 168, 177
JERINGA PARA INSULINA 0.5 ML CALIBRE 30X5/16 ..... 168, 177
JERINGA PARA INSULINA 0.5 ML CALIBRE 31X1/4 ..... 168, 177
JERINGA PARA INSULINA 1 ML 168, 177
JERINGA PARA INSULINA 1 ML 27G 1/2 ..... 168, 177
JERINGA PARA INSULINA 1 ML 28G x 1/2 ..... 168, 177
JERINGA PARA INSULINA 1 ML CALIBRE 30 x 5/16 ..... 168, 177
JERINGA PARA INSULINA 1 ML CALIBRE 30X1/2 ..... 168, 173, 177
JERINGA PARA INSULINA 1 ML CALIBRE 31 X 1/4 ..... 168, 177
JERINGA PARA INSULINA 1 ML CALIBRE 31X5/16 ..... 168, 177
JERINGA PARA INSULINA 1/2 ML .. 168, 177
JERINGA PARA INSULINA 3/10 ML 168, 177

JERINGA PARA INSULINA ADVOCATE 1 ML CALIBRE 30X5/16 ..... 161, 177
JERINGA PARA INSULINA BD 0.3 ML 8MM X CALIBRE 31 (1/2)..... 161, 177
JERINGA PARA INSULINA BD 1 ML CALIBRE 27X12.7MM 161, 177
JERINGA PARA INSULINA BD 1 ML CALIBRE 27X5/8 ..... 161, 177
JERINGA PARA INSULINA BD UF 0.3 ML 12.7MM X CALIBRE 30 .... 161, 177
JERINGA PARA INSULINA BD UF 0.5 ML 12.7MM X CALIBRE 30, NO ESTÁ EN VENTA AL PÚBLICO 161, 177
JERINGA PARA INSULINA BD VEO 0.3 ML 6MM X CALIBRE 31 ..... 162, 177
JERINGA PARA INSULINA BD VEO 0.5 ML 6MM X CALIBRE 31 ..... 162, 177
JERINGA PARA INSULINA BD VEO 1 ML 6MM X CALIBRE 31 ..... 162, 177
JERINGA PARA INSULINA COMFORT EZ 0.3 ML..... 163, 177
JERINGA PARA INSULINA COMFORT EZ 0.5 ML..... 163, 177
JERINGA PARA INSULINA CON AGUJA U-100, JERINGA 0.3 ML CALIBRE 29, 1 ML CALIBRE 29 X 1/2 ..... 168, 177
JERINGA PARA INSULINA CON AGUJA U-500 ..... 168, 177
JERINGA PARA INSULINA DROPLET 0.3 ML CALIBRE 30X6MM 164, 177
JERINGA PARA INSULINA DROPLET 0.3 ML CALIBRE 30X8MM 164, 177
JERINGA PARA INSULINA DROPLET 0.3 ML CALIBRE 31X6MM 164, 177
JERINGA PARA INSULINA DROPLET 0.3 ML CALIBRE 31X8MM 164, 177
JERINGA PARA INSULINA DROPLET 0.5 ML CALIBRE 30 8 MM EXTERIOR 164, 177
JERINGA PARA INSULINA DROPLET 0.5 ML CALIBRE 31 6 MM EXTERIOR 164, 177
JERINGA PARA INSULINA DROPLET 0.5 ML CALIBRE 31 8MM EXTERIOR 164, 177
JERINGA PARA INSULINA DROPLET 1 ML CALIBRE 29 12.7 MM EXTERIOR 164, 177
JERINGA PARA INSULINA DROPLET 1 ML CALIBRE 30 12.5 MM 164, 177
JERINGA PARA INSULINA DROPLET 1 ML CALIBRE 30 6MM 164, 177
JERINGA PARA INSULINA DROPLET 1 ML CALIBRE 30 8MM EXTERIOR 164, 177
JERINGA PARA INSULINA DROPLET 1 ML CALIBRE 31 6 MM EXTERIOR164, 177
JERINGA PARA INSULINA DROPLET 1 ML CALIBRE 31 8MM 164, 177
JERINGA PARA INSULINA DROPSAFE 0.3 ML CALIBRE 31 6MM 164, 177
JERINGA PARA INSULINA DROPSAFE 0.3 ML CALIBRE 31 8MM 164, 177
JERINGA PARA INSULINA DROPSAFE 0.5 ML CALIBRE 31 6MM 164, 177
JERINGA PARA INSULINA DROPSAFE 0.5 ML CALIBRE 31 8MM 164, 177
JERINGA PARA INSULINA DROPSAFE 1 ML CALIBRE 31 6MM 165, 177
JERINGA PARA INSULINA DROPSAFE 1 ML CALIBRE 31 8MM 165, 177
JERINGA PARA INSULINA EASY COMFORT 1 ML 165, 177
JERINGA PARA INSULINA EASY TOUCH 1 ML..... 166, 177
JERINGA PARA INSULINA EASY TOUCH 1 ML CALIBRE 30 8MM... 166, 177
JERINGA PARA INSULINA EASY TOUCH 1 ML CALIBRE 31 6MM... 166, 177
JERINGA PARA INSULINA EASY TOUCH 1 ML CALIBRE 31 8MM... 166, 177
JERINGA PARA INSULINA EASY TOUCH 1 ML RETRÁCTIL..... 166, 177
JERINGA PARA INSULINA EASYLIFE 0.5 ML CALIBRE 30 8MM 167, 177
JERINGA PARA INSULINA EASYLIFE 1 ML CALIBRE 30 8MM 167, 177

JERINGA PARA INSULINA EASYLIFE 1 ML CALIBRE 31 8MM 167, 177
JERINGA PARA INSULINA MAGELLAN 0.3 ML..... 168, 177
JERINGA PARA INSULINA MAGELLAN 0.5 ML..... 168, 177
JERINGA PARA INSULINA MAGELLAN 1 ML..... 168, 177
JERINGA PARA INSULINA MONOJECT 0.3 ML..... 169, 177
JERINGA PARA INSULINA MONOJECT 0.3 ML (VENTA LIBRE)..... 169, 177
JERINGA PARA INSULINA MONOJECT 0.5 ML..... 169, 177
JERINGA PARA INSULINA MONOJECT 0.5 ML (VENTA LIBRE)..... 169, 177
JERINGA PARA INSULINA MONOJECT 1 ML 3'S (VENTA LIBRE)..... 169, 177
JERINGA PARA INSULINA MONOJECT U-100 ..... 169, 177
JERINGA PARA INSULINA MONOJECT U100 (VENTA LIBRE)..... 169, 177
JERINGA PARA INSULINA MONOJECT U100 0.5 ML EQUIVALENTE A CALIBRE 29 (VENTA LIBRE). 169, 177
JERINGA PARA INSULINA MONOJECT U100 0.5 ML, CALIBRE 29X1/2169, 177
JERINGA PARA INSULINA MONOJECT U100 1 ML..... 169, 177
JERINGA PARA INSULINA MONOJECT U100 1 ML 3S, CALIBRE 29X1/2 ... 169, 177
JERINGA PARA INSULINA MONOJECT U100 1 ML SIN AGUJA (VENTA LIBRE)..... 169, 177
JERINGA PARA INSULINA PRODIGY 1 ML CALIBRE 28X1/2 ..... 170, 177
JERINGA PARA INSULINA RELION 0.3 ML CALIBRE 31X6MM 170, 177
JERINGA PARA INSULINA RELION 0.5 ML CALIBRE 31X6MM 170, 177
JERINGA PARA INSULINA RELION 1 ML CALIBRE 31X15/64 ..... 170, 177
JERINGA PARA INSULINA SAFESNAP 100 UNIDADES 0.3 ML CALIBRE 30X5/16..... 171, 177
JERINGA PARA INSULINA SAFESNAP 100 UNIDADES 0.5 ML CALIBRE 29X1/2..... 171, 177
JERINGA PARA INSULINA SAFESNAP 100 UNIDADES 0.5 ML CALIBRE 30X5/16..... 171, 177
JERINGA PARA INSULINA SAFESNAP 100 UNIDADES 1 ML CALIBRE 28X1/2..... 171, 177
JERINGA PARA INSULINA SAFESNAP 100 UNIDADES 1 ML CALIBRE 29X1/2..... 171, 177
JERINGA PARA INSULINA SURE COMFORT 3/10 ML 171, 177
JERINGA PARA INSULINA SURE-JECT 1 ML..... 171, 177
JERINGA PARA INSULINA SURE-JECT U100 0.3 ML..... 171, 177
JERINGA PARA INSULINA SURE-JECT U100 0.5 ML..... 171, 177
JERINGA PARA INSULINA SURE-JECT U100 1 ML..... 171, 177
JERINGA PARA INSULINA TECHLITE 1 ML CALIBRE 29X12MM 172, 177
JERINGA PARA INSULINA TECHLITE 1 ML CALIBRE 30X12MM 172, 177
JERINGA PARA INSULINA TECHLITE 1 ML CALIBRE 31X6MM 172, 177
JERINGA PARA INSULINA TECHLITE 1 ML CALIBRE 31X8MM 172, 177
JERINGA PARA INSULINA TERUMO U100-1 ML 172, 177
JERINGA PARA INSULINA TERUMO U100-1/2 ML 172, 177
JERINGA PARA INSULINA TERUMO U100-1/3 ML 172, 177
JERINGA PARA INSULINA THINPRO U100-0.3 ML 172, 177
JERINGA PARA INSULINA THINPRO U100-0.5 ML 172, 177
JERINGA PARA INSULINA THINPRO U100-1 ML 172, 177
JERINGA PARA INSULINA ULTILET 0.3 ML..... 174, 177
JERINGA PARA INSULINA ULTILET 0.5 ML..... 174, 177

JERINGA PARA INSULINA ULTILET 1 ML..... 174, 177
JERINGA PARA INSULINA ULTRA-FINE 1 ML CALIBRE 31 6MM 175, 177
JERINGA PARA INSULINA ULTRA-FINE 1 ML CALIBRE 31 8MM 175, 177
JERINGA PARA INSULINA ULTRA-THIN II 1 ML CALIBRE 29 ..... 175, 177
JERINGA PARA INSULINA ULTRA-THIN II 1 ML CALIBRE 30 ..... 175, 177
JERINGA PARA INSULINA VERIFINE 1 ML CALIBRE 29 1/2 ..... 176, 177
JERINGA PRODIGY 0.3 ML CALIBRE 31X5/16..... 170, 177
JERINGA PRODIGY 0.5 ML CALIBRE 31X5/16..... 170, 177
JERINGA RELION 0.3 ML CALIBRE 31X5/16..... 170, 177
JERINGA RELION 0.5 ML CALIBRE 31X5/16..... 171, 177
JERINGA SECURESAFE 0.5 ML CALIBRE 29 1/2 ..... 171, 177
JERINGA SECURESAFE 1 ML CALIBRE 29 1/2 ..... 171, 177
JERINGA SUBCUTÁNEA COSENTYX 75 MG/0.5 ML 309
Jeringa subcutánea de glatiramer 20 mg/ml, 40 mg/ml 139
Jeringa subcutánea de glatopa 20 mg/ml, 40 mg/ml 139
Jeringa subcutánea lanreotida 120 mg/0.5 ml 190
JERINGA SUBCUTÁNEA NUCALA 100 MG/ML, 40 MG/0.4 ML 219
JERINGA SUBCUTÁNEA SOMATULINE DEPOT 60 MG/0.2 ML, 90 MG/0.3 ML 190
JERINGA SUBCUTÁNEA TAKHZYRO 150 MG/ML, 300 MG/2 ML (150 MG/ML)..... 188, 189
JERINGA SUBCUTÁNEA TREMFYA 146
JERINGA SURE COMFORT 0.5 ML .. 171, 177
JERINGA SURE COMFORT 1 ML 171, 177
JERINGA SURE COMFORT 3/10 ML 171, 177
JERINGA TRUEPLUS 0.3 ML CALIBRE 29X1/2..... 173, 177
JERINGA TRUEPLUS 0.3 ML CALIBRE 30X5/16..... 173, 177
JERINGA TRUEPLUS 0.3 ML CALIBRE 31X5/16..... 173, 177
JERINGA TRUEPLUS 0.5 ML CALIBRE 28X1/2..... 173, 177
JERINGA TRUEPLUS 0.5 ML CALIBRE 29X1/2..... 173, 177
JERINGA TRUEPLUS 0.5 ML CALIBRE 30X5/16..... 173, 177
JERINGA TRUEPLUS 0.5 ML CALIBRE 31X5/16..... 173, 177
JERINGA TRUEPLUS 1 ML CALIBRE 28X1/2..... 173, 177
JERINGA TRUEPLUS 1 ML CALIBRE 29X1/2..... 173, 177
JERINGA TRUEPLUS 1 ML CALIBRE 30X5/16..... 173, 177
JERINGA TRUEPLUS 1 ML CALIBRE 31X5/16..... 173, 177
JERINGA ULTICARE 0.3 ML CALIBRE 30X1/2..... 173, 177
JERINGA ULTICARE 0.3 ML CALIBRE 31X5/16..... 173, 177
JERINGA ULTICARE 0.5 ML CALIBRE 30X1/2..... 174, 177
JERINGA ULTICARE 0.5 ML CALIBRE 31X5/16..... 174, 177
JERINGA ULTICARE 1 ML CALIBRE 31X5/16..... 174, 177
JERINGA ULTRA COMFORT 0.3 ML 174, 177
JERINGA ULTRA COMFORT 0.5 ML 174, 177
JERINGA ULTRA COMFORT 1 ML .. 174, 177
JERINGA ULTRA FLO 0.3 ML CALIBRE 29X1/2..... 174, 177
JERINGA ULTRA FLO 0.3 ML CALIBRE 30 5/16 ..... 174, 177
JERINGA ULTRA FLO 0.3 ML CALIBRE 31 5/16 ..... 174, 177

JERINGA ULTRA FLO 0.5 ML CALIBRE 29 1/2 ..... 174, 177
JERINGA ULTRA-FINE 0.3 ML CALIBRE 31 6MM 175, 177
JERINGA ULTRA-FINE 0.3 ML CALIBRE 31 8MM 175, 177
JERINGA ULTRA-FINE 0.5 ML CALIBRE 31 6MM 175, 177
JERINGA ULTRA-FINE 0.5 ML CALIBRE 31 8MM 175, 177
JERINGA ULTRA-FINE 1 ML CALIBRE 30 12.7MM 175, 177
JERINGA VANISHPOINT U-100 29X1/2 ..... 176, 177
JERINGA VERIFINE 0.3 ML CALIBRE 31 5/16 ..... 176, 177
JERINGA VERIFINE 0.5 ML CALIBRE 29 1/2 ..... 176, 177
JERINGA VERIFINE 0.5 ML CALIBRE 31 5/16 ..... 176, 177
JERINGA VERIFINE 1 ML CALIBRE 31 5/16 ..... 176, 177
JIDEYTRO 400
JUXTAPID CÁPSULA ORAL 10 MG, 2 MG, 20 MG, 30 MG, 5 MG..... 211
K
KALYDECO..... 184
KERENDIA 124, 125
KEVZARA 306
KEYTRUDA..... 268
KEYTRUDA QLEX..... 269
KINERET 18
KISQALI COMPRIMIDO ORAL 200 MG/DÍA (200 MG X 1), 400 MG/DÍA (200 MG X 2), 600 MG/DÍA (200 MG X 3) 292
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..... 293
KIT DE INYECCIÓN CABLIVI 59
KIT DE JERINGA INTRAMUSCULAR AVONEX..... 178
KIT DE PLUMA INYECTORA INTRAMUSCULAR AVONEX 178
KIT SUBCUTÁNEO BETASERON 179
Kit subcutáneo de leuprolida 198
KOMZIFTI 401
KOSELUGO CÁPSULA ORAL 10 MG, 25 MG 314
KOSELUGO CÁPSULA ORAL, ESPOLVOREAR 5 MG, 7.5 MG..... 314
KRAZATI..... 7
L
Lapatinib 191
LAZCLUZE COMPRIMIDO ORAL 240 MG, 80 MG..... 193
Lenalidomida 195
LENVIMA 196
LEUKINE INYECCIÓN, SOLUCIÓN PARA RECONSTITUCIÓN 305
Lidocaína HCL Solución mucosa 4% (40 mg/ml)..... 210
Lidocan III 208
LIFYORLI 287
Liraglutida..... 142
LIVDELZI 310
LIVTENCITY..... 216
LONSURF COMPRIMIDO ORAL 15-6.14 MG, 20-8.19 MG 371
LORBRENA COMPRIMIDO ORAL 100 MG, 25 MG..... 212
LUMAKRAS COMPRIMIDO ORAL 120 MG, 240 MG, 320 MG 328
LUPRON DEPOT..... 202
LUPRON DEPOT (3 MESES) 202
LUPRON DEPOT (4 MESES) 202
LUPRON DEPOT (6 MESES) 202
LUPRON DEPOT-PED..... 203, 204
LUPRON DEPOT-PED (3 MESES) 203, 204
LUTRATE DEPOT (3 MESES)..... 199
LYNPARZA 248
LYTGOBI..... 130
M
Macitentan..... 215
MAVYRET COMPRIMIDO ORAL..... 140
MAXI-COMFORT INS 0.5 ML 28G.... 168, 177
MAXICOMFORT INS 0.5 ML CALIBRE 27X1/2..... 168, 177

MAXICOMFORT INS 1 ML CALIBRE 27X1/2..... 169, 177
MAXI-COMFORT INS 1 ML CALIBRE 28X1/2..... 168, 177
MEKINIST COMPRIMIDO ORAL 0.5 MG, 2 MG..... 363
MEKINIST SOLUCIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN..... 362
MEKTOVI..... 46
Metirosina..... 221
Mifepristona comprimido oral 300 mg.. 224, 225
Miglustat..... 227
Modafinil comprimido oral 100 mg, 200 mg..... 230
MODEYSO..... 89
MOUNJARO..... 144
N
NAYZILAM..... 222
NERLYNX..... 237
NIKTIMVO SOLUCIÓN INTRAVENOSA 10 MG/ML..... 33
Nilotinib hcl cápsula oral 150 mg, 200 mg, 50 mg..... 238
NINLARO..... 186
Nintedanib..... 240
Nitisinona..... 244
NIVESTYM..... 123
NORDITROPIN FLEXPRO..... 322
NOXAFIL SUSPENSIÓN ORAL, LIBERACIÓN RETARDADA PARA RECONSTITUCIÓN..... 281
NUBEQA..... 74
NUCALA SOLUCIÓN PARA RECONSTITUCIÓN SUBCUTÁNEA..... 219
NUPLAZID..... 274
NURTEC ODT..... 296
NYVEPRIA..... 263
O
ODOMZO..... 324
OFEV..... 240
OGIVRI..... 364
OGSIVEO COMPRIMIDO ORAL 100 MG, 150 MG, 50 MG..... 243
OJEMDA COMPRIMIDO ORAL..... 361
OJEMDA SUSPENSIÓN ORAL PARA RECONSTITUCIÓN..... 361
OJJAARA..... 231
Olamina de eltrombopag comprimido oral 12.5 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg..... 103
Olamina de eltrombopag polvo oral de en paquete 12.5 mg, 25 mg..... 103
OMLYCLO..... 252, 254
ONAPGO..... 22
ONGENTYS..... 255
ONUREG..... 35
OPDIVO..... 245
OPDIVO QVANTIG..... 246
ORFADIN SUSPENSIÓN ORAL..... 244
ORGOVYX..... 288
ORILISSA COMPRIMIDO ORAL 150 MG, 200 MG..... 98, 99
ORKAMBI COMPRIMIDO ORAL..... 214
ORKAMBI GRANULADO ORAL EN SOBRE..... 214
ORSERDU COMPRIMIDO ORAL 345 MG, 86 MG..... 95
OSENVELT..... 80
OTEZLA..... 23
OTEZLA STARTER..... 23
OTEZLA XR..... 23
OTULFI..... 375, 376, 377
Oxibato de sodio..... 318
OZEMPIC ORAL..... 143
OZEMPIC SUBCUTÁNEO..... 143
P
PALYNZIQ..... 266
Parche adhesivo tópico de lidocaína, medicado 5%..... 208
Pazopanib comprimido oral 200 mg, 400 mg..... 262
PEGASYS..... 265
PEMAZYRE..... 270
Penicilamina comprimido oral..... 271, 272
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)..... 13
Pirfenidona cápsula oral..... 275
Pirfenidona comprimido oral 267 mg, 534 mg, 801 mg..... 275

Pirimetamina 283
PLEGRIDY INYECTOR DE PLUMA SUBCUTÁNEO 125 MCG/0.5 ML, 63 MCG/0.5 ML - 94 MCG/0.5 ML 180
PLEGRIDY JERINGA SUBCUTÁNEA 125 MCG/0.5 ML, 63 MCG/0.5 ML - 94 MCG/0.5 ML 180
PLUMA BESREMI 301
PLUMA COSENTYX (2 PLUMAS) 309
PLUMA COSENTYX UNOREADY 309
PLUMA DUPIXENT 92
PLUMA EMGALITY 131
PLUMA ENTYVIO 386, 387
PLUMA FASENRA 43
PLUMA HUMIRA 8
PLUMA HUMIRA(CF) 8
PLUMA HUMIRA(CF) CROHNS-UC-HS 8
PLUMA HUMIRA(CF) PEDIÁTRICA UC 8
PLUMA HUMIRA(CF) PSOR-UV-ADOL HS 8
PLUMA KESIMPTA 247
PLUMA SAPHNELO 19
PLUMA TREMFYA INDUCTION PK (2PLUMA) 146
PLUMA TREMFYA INYECTOR DE PLUMA SUBCUTÁNEA 200 MG/2 ML 146
Pomada tópica de lidocaína 207
Pomalidomida 277
POMALYST 277
Posaconazol oral 279, 280
PREVYMIS COMPRIMIDO ORAL 197
PREVYMIS PELLETS ORALES EN SOBRE 197
PRO COMFORT 0.5 ML CALIBRE 30X1/2 ..... 170, 177
PRO COMFORT 0.5 ML CALIBRE 30X5/16 ..... 170, 177
PRO COMFORT 0.5 ML CALIBRE 31X5/16 ..... 170, 177
PRO COMFORT 1 ML CALIBRE 30X1/2 ..... 170, 177
PRO COMFORT 1 ML CALIBRE 30X5/16 ..... 170, 177
PRO COMFORT 1 ML CALIBRE 31X5/16 ..... 170, 177

Q

QINLOCK 298
QULIPTA 28

R

RALDESY 366
RASONQUE 73
REGRANEX 37
RELISTOR ORAL 220
RETEVMO COMPRIMIDO ORAL 120 MG, 160 MG, 40 MG, 80 MG 313
REVCOVI 100
REVUFORJ COMPRIMIDO ORAL 110 MG, 160 MG, 25 MG 291
REZDIFFRA 290
REZLIDHIA 250
REZUROCK 40
RINVOQ 374
RINVOQ LQ 374
RIVFLOZA 235
ROMVIMZA 394
ROZLYTREK CÁPSULA ORAL 100 MG, 200 MG 107
ROZLYTREK PELLETS ORALES EN SOBRE 108
RUBRACA 302
RYBELSUS 143
RYBREVANT 17
RYBREVANT FASPRO 16
RYDAPT 223

S

Sajazir 150, 151
Sapropterina comprimido oral, soluble ... 304
SCEMBLIX COMPRIMIDO ORAL 100 MG, 20 MG, 40 MG 25
SELARSDI 378, 379, 380
SEROSTIM SOLUCIÓN PARA RECONSTITUCIÓN SUBCUTÁNEA 4 MG, 5 MG, 6 MG 323
SIGNIFOR 261
Sildenafilo comprimido oral (hipertensión pulmonar) 317
SIRTURO 38
SKYRIZI 299

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 110
Solución oral concentrada de morfina 232
Solución oral de itraconazol..... 183
SOLUCIÓN PARA RECONSTITUCIÓN SUBCUTÁNEA HAEGARDA 2,000 UNIDADES, 3,000 UNIDADES.... 53, 54
Solución transdérmica de testosterona en bomba dosificada con aplicación 345, 346
SOMAVERT..... 267
Sorafenib 326
STIVARGA 286
STRENSIQ SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA 28 MG/0.7 ML, 40 MG/ML, 80 MG/0.8 ML..... 26, 27
SUBVENITE SUSPENSIÓN ORAL 187
Sulfato de quinina 284
Sunitinib malate 331
SURE COMFORT INS 0.3 ML CALIBRE 31X1/4..... 171, 177
SURE COMFORT INS 0.5 ML CALIBRE 31X1/4..... 171, 177
SURE COMFORT INS 1 ML CALIBRE 31X1/4..... 171, 177
SYMDEKO..... 350
SYMPAZAN..... 63
SYNAREL 233, 234
T
TABRECTA 60
Tadalafil comprimido oral 2.5 mg, 5 mg 333
TAFINLAR CÁPSULA ORAL..... 69
TAFINLAR COMPRIMIDO ORAL PARA SUSPENSIÓN 70
TAGRISSO..... 257
TAKHZYRO SOLUCIÓN SUBCUTÁNEA 188, 189
TALZENNA 336
TARPEYO 50
Tasimelteon..... 338
TAVALISSE..... 128
TAVNEOS..... 29
TECHLITE 0.3 ML CALIBRE 29X12MM (1/2)..... 171, 177
TECHLITE 0.3 ML CALIBRE 30X8MM (1/2)..... 171, 177
TECHLITE 0.3 ML CALIBRE 31X6MM (1/2)..... 171, 177
TECHLITE 0.3 ML CALIBRE 31X8MM (1/2)..... 171, 177
TECHLITE 0.5 ML CALIBRE 30X12MM (1/2)..... 171, 177
TECHLITE 0.5 ML CALIBRE 30X8MM (1/2)..... 172, 177
TECHLITE 0.5 ML CALIBRE 31X6MM (1/2)..... 172, 177
TECHLITE 0.5 ML CALIBRE 31X8MM (1/2)..... 172, 177
TEPMETKO 341
Teriflunomida 342
Teriparatida pluma subcutánea 20 mcg/dosis (560 mcg/2.24 ml)..... 343
Tetrabenazina..... 349
TIBSOVO 185
TOALLITAS ANTISÉPTICAS PARA VÍA INTRAVENOSA 168, 177
TOALLITAS DE ALCOHOL CURITY, 2 CAPAS, MEDIANAS..... 163, 177
TOALLITAS DE ALCOHOL ISOPROPÍLICO AL 70% RA 170, 177
TOALLITAS DE ALCOHOL WEBCOL 20'S, GRANDES..... 176, 177
Tofacitinib..... 357, 358
Tolvaptan (enfermedad renal poliquística) comprimido oral..... 359
Tolvaptan (enfermedad renal poliquística) comprimidos orales, secuenciales..... 359
Torpenz comprimido oral 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg 116
TREMFYA INTRAVENOSO..... 146
TREMFYA ONE-PRESS..... 146
Treprostinil sódico 367, 368
Tretinoína..... 360
Trientina cápsula oral 250 mg..... 370
TRIKAFTA COMPRIMIDOS ORALES, SECUENCIAL..... 101

TRIKAFTA GRANULADO ORAL EN SOBRE, SECUENCIAL..... 101
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML CALIBRE 30 5/16 ..... 172, 177
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML CALIBRE 31 5/16 ..... 172, 177
TRUE CMFRT PRO 0.5 ML CALIBRE 32 5/16 ..... 172, 177
TRUE COMFORT 0.5 ML CALIBRE 30 1/2 ..... 172, 177
TRUE COMFORT 0.5 ML CALIBRE 30 5/16 ..... 172, 177
TRUE COMFORT 0.5 ML CALIBRE 31 5/16 ..... 172, 177
TRUE COMFORT 0.5 ML CALIBRE 31X5/16..... 172, 177
TRUE COMFORT 1 ML CALIBRE 31X5/16..... 172, 177
TRUE COMFORT PRO 1 ML CALIBRE 30 1/2 ..... 172, 177
TRUE COMFORT PRO 1 ML CALIBRE 30 5/16 ..... 173, 177
TRUE COMFORT PRO 1 ML CALIBRE 31 5/16 ..... 173, 177
TRUE COMFORT PRO 1 ML CALIBRE 32 5/16 ..... 173, 177
TRUE COMFORT SFTY 1 ML CALIBRE 30 1/2 ..... 173, 177
TRUE COMFRT PRO 0.5 ML CALIBRE 30 1/2 ..... 173, 177
TRUE COMFRT SFTY 1 ML CALIBRE 30 5/16 ..... 173, 177
TRUE COMFRT SFTY 1 ML CALIBRE 31 5/16 ..... 173, 177
TRUE COMFRT SFTY 1 ML CALIBRE 32 5/16 ..... 173, 177
TRULICITY 141
TRUQAP..... 58
TRYNGOLZA 249
TUKYSA COMPRIMIDO ORAL 150 MG, 50 MG 372
TURALIO 273
TYENNE..... 353, 354, 355, 356
TYENNE AUTOINJECTOR..... 355, 356
TYMLOS 2

U

UBRELVY..... 373
UDENYCA ONBODY..... 264
ULT CFT 0.3 ML CALIBRE 31X5/16 . 173, 177
ULTICAR INS 0.3 ML CALIBRE 31X1/4 (1/2)..... 173, 177
ULTICAR INS 1 ML CALIBRE 31X1/4 ..... 173, 177
ULTICARE INS 0.3 ML CALIBRE 31X1/4 ..... 173, 177
ULTICARE INS 0.5 ML CALIBRE 31X1/4 ..... 173, 177
ULTIGUARD SAFE 0.3 ML CALIBRE 30 12.7MM 174, 177
ULTIGUARD SAFE 0.5 ML CALIBRE 30 12.7MM 174, 177
ULTIGUARD SAFE 1 ML CALIBRE 30 12.7MM 174, 177
ULTIGUARD SAFEPACK 1 ML CALIBRE 31 8MM 174, 177
ULTIGUARD SAFEPACK CALIBRE 29 12.7MM 174, 177
ULTIGUARD SAFEPACK CALIBRE 31 5MM 174, 177
ULTIGUARD SAFEPACK CALIBRE 31 6MM 174, 177
ULTIGUARD SAFEPACK CALIBRE 31 8MM 174, 177
ULTIGUARD SAFEPACK CALIBRE 32 4MM 174, 177
ULTIGUARD SAFEPACK CALIBRE 32 6MM 174, 177
ULTIGUARD SAFEPK 0.3 ML CALIBRE 31 8MM 174, 177
ULTIGUARD SAFEPK 0.5 ML CALIBRE 31 8MM 174, 177
ULTRA COMFORT 0.3 ML CALIBRE 29X1/2..... 174, 177
ULTRA COMFORT 0.5 ML CALIBRE 28X1/2..... 174, 177
ULTRA COMFORT 0.5 ML CALIBRE 29X1/2..... 174, 177
ULTRA COMFORT 0.5 ML CALIBRE 31X5/16..... 174, 177

ULTRA COMFORT 1 ML CALIBRE 29X1/2..... 174, 177
ULTRA COMFORT 1 ML CALIBRE 30X5/16..... 174, 177
ULTRA COMFORT 1 ML CALIBRE 31X5/16..... 174, 177
ULTRA FLO 0.3 ML CALIBRE 30 1/2 174, 177
ULTRA FLO 0.3 ML CALIBRE 30 5/16 ..... 174, 177
ULTRA FLO 0.3 ML CALIBRE 31 5/16 ..... 174, 177
ULTRACARE INS 0.3 ML CALIBRE 30X5/16..... 175, 177
ULTRACARE INS 0.3 ML CALIBRE 31X5/16..... 175, 177
ULTRACARE INS 0.5 ML CALIBRE 30X1/2..... 175, 177
ULTRACARE INS 0.5 ML CALIBRE 30X5/16..... 175, 177
ULTRACARE INS 0.5 ML CALIBRE 31X5/16..... 175, 177
ULTRACARE INS 1 ML CALIBRE 30 X 5/16 ..... 175, 177
ULTRACARE INS 1 ML CALIBRE 30X1/2..... 175, 177
ULTRACARE INS 1 ML CALIBRE 31 X 5/16 ..... 175, 177
ULTRA-FINE 0.3 ML CALIBRE 30 12.7MM 174, 177
ULTRA-FINE 0.3 ML CALIBRE 31 6MM (1/2)..... 174, 177
ULTRA-FINE 0.3 ML CALIBRE 31 8MM (1/2)..... 175, 177
ULTRA-FINE 0.5 ML CALIBRE 30 12.7MM 175, 177
ULTRA-FINE INS 0.5 ML CALIBRE 31 6MM 175, 177
ULTRA-THIN II 1 ML CALIBRE 31X5/16 ..... 175, 177
ULTRA-THIN II INS 0.3 ML CALIBRE 30 ..... 175, 177
ULTRA-THIN II INS 0.3 ML CALIBRE 31 ..... 175, 177
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML CALIBRE 29 ..... 175, 177
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML CALIBRE 30 ..... 175, 177
ULTRA-THIN II INS 0.5 ML CALIBRE 31 ..... 175, 177
UNIFINE PENTIPS 12MM CALIBRE 29 CALIBRE 29X12MM, ESTÉRIL 175, 177
UNIFINE PENTIPS 6MM CALIBRE 31 ..... 175, 177
UNIFINE PENTIPS 8MM CALIBRE 31 CALIBRE 31X8MM, CORTO, ESTÉRIL 175, 177
UNIFINE PENTIPS CALIBRE 31X3/16 ..... 175, 177
UNIFINE PENTIPS CALIBRE 32 4MM 175, 177
UNIFINE PENTIPS CALIBRE 32X1/4 175, 177
UNIFINE PENTIPS CALIBRE 33X5/32 ..... 175, 177
UNIFINE PENTIPS MAX CALIBRE 30X3/16..... 176, 177
UNIFINE PENTIPS PLUS CALIBRE 29X1/2..... 176, 177
UNIFINE PENTIPS PLUS CALIBRE 30X3/16..... 176, 177
UNIFINE PENTIPS PLUS CALIBRE 31 5MM 176, 177
UNIFINE PENTIPS PLUS CALIBRE 31X1/4..... 176, 177
UNIFINE PENTIPS PLUS CALIBRE 32X5/32..... 176, 177
UNIFINE PENTIPS PLUS CALIBRE 33X5/32..... 176, 177
UNIFINE PENTP 1ª CATEGORÍA 5MM CALIBRE 31 ..... 161, 177
UNIFINE PNTIP 1ª CATEGORÍA 4MM CALIBRE 32 ..... 161, 177
UNIFINE PNTIP 1ª CATEGORÍA 6MM CALIBRE 31 ..... 161, 177
UNIFINE PNTIP DE PRIMER NIVEL 8MM CALIBRE 31 ESTÉRIL, DE UN SOLO USO, CORTO..... 161, 177
UNIFINE PNTP DE PRIMER NIVEL CALIBRE 29X1/2 ..... 161, 177

UNIFINE PNTP DE PRIMER NIVEL CALIBRE 31X3/16 ..... 161, 177
UNIFINE PNTP DE PRIMER NIVEL CALIBRE 32X5/32 ..... 161, 177
UNIFINE PROTECT CALIBRE 30 5MM 176, 177
UNIFINE PROTECT CALIBRE 30 8MM 176, 177
UNIFINE PROTECT CALIBRE 32 4MM 176, 177
UNIFINE SAFECONTROL CALIBRE 30 5MM 176, 177
UNIFINE SAFECONTROL CALIBRE 30 8MM 176, 177
UNIFINE SAFECONTROL CALIBRE 31 5MM 176, 177
UNIFINE SAFECONTROL CALIBRE 31 6MM 176, 177
UNIFINE SAFECONTROL CALIBRE 31 8MM 176, 177
UNIFINE SAFECONTROL CALIBRE 32 4MM 176, 177
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 311
UPTRAVI COMPRIMIDOS ORALES, PAQUETE DE DOSIS 311
V
VALCHLOR..... 218
VALTOCO 82
VANFLYTA 285
VANISHPOINT 0.5 ML CALIBRE 30X1/2 ..... 176, 177
VANISHPOINT INS 0.5 ML CALIBRE 30 8MM EXTERIOR..... 176, 177
VANISHPOINT INS 1 ML CALIBRE 30 x 3/16 ..... 176, 177
VELSIPITY 115
VENCLEXTA COMPRIMIDO ORAL 10 MG, 100 MG, 50 MG 389
VENCLEXTA PAQUETE INICIAL 389
VENDA TÓPICA DE GASA 2 X 2167, 177
VEOZAH 122
VEPPANU 390
VERQUVO..... 391, 392
VERZENIO..... 3
Vigabatrina..... 393
Vigadrone..... 393
Vigpoder 393
VITRAKVI CÁPSULA ORAL 100 MG, 25 MG 192
VITRAKVI SOLUCIÓN ORAL 192
VIZIMPRO 71
VONJO 259
VOQUEZNA 396
VORANIGO 397
Voriconazol suspensión oral para reconstitución..... 398
VOSEVI..... 321
VOWST 118
VUMERITY 86
VYALEV 127
VYNDAMAX..... 334, 335
W
WEGOVY INYECTOR DE PLUMA SUBCUTÁNEO 0.25 MG/0.5 ML, 0.5 MG/0.5 ML, 1 MG/0.5 ML, 1.7 MG/0.75 ML, 2.4 MG/0.75 ML 315
WEGOVY ORAL..... 315
WELIREG..... 41
WINREVAIR..... 327
WM UNIFINE PENTIP PLUS 8MM CALIBRE 31 CON SAFETY CLICK176, 177
X
XALKORI CÁPSULA ORAL 67
XALKORI PELLET ORAL 150 MG, 20 MG, 50 MG..... 68
XDEMVY 213
XERMELO 340
XIFAXAN COMPRIMIDO ORAL 200 MG, 550 MG..... 294
XOLAIR 251
XOSPATA 137
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) 312
XTANDI CÁPSULA ORAL 109
XTANDI COMPRIMIDO ORAL 40 MG, 80 MG 109
Y
Yargesa 227
YESINTEK 381, 382, 383
YONSA 5
Yulithira comprimido oral 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg 116
YUTREPIA 369
Z
ZEJULA 241
ZELBORAF 388
ZENBEXUS 147
ZTALMY 132
ZURZUVAE CÁPSULA ORAL 20 MG, 25 MG, 30 MG 403
ZYDELIG 152
ZYKADIA 62
ZYMFENTRA 159, 160