

Plan de la Parte D de Medicare de Solis Health Plans

Criterio de autorización previa
Última actualización 11/1/2024

Productos afectados

- *adapalene 0.1% crema*
- *adapalene/benzoyl peroxide 0.1-2.5% gel*
- *tretinoin 0.025% crema*
- *tretinoin 0.05% crema*
- *adapalene 0.3% gel*
- *tretinoin 0.01% gel*
- *tretinoin 0.025% gel*
- *tretinoin 0.1% crema*

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

— ACTEMRA 162MG/0.9ML AUTO-INYECTOR

— ACTEMRA 162MG/0.9ML JERINGA

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Para artritis reumatoide (solicitudes iniciales): Dos de los siguientes fueron ineficaces o no fueron tolerados: a) Enbrel, b) Humira, c) Rinvoq O d) Xeljanz. Para la artritis idiopática juvenil poliarticular (solicitudes iniciales): Dos de las siguientes opciones no tuvieron ningún efecto o no fueron toleradas: a) Humira, b) Enbrel c) Xeljanz O d) Rinvoq. Para arteritis de células gigantes (todas las solicitudes): Prueba de otros agentes no requeridos. Para la enfermedad pulmonar intersticial asociada a la esclerosis sistémica (solicitudes iniciales): a) El diagnóstico se confirma con la documentación proporcionada de los siguientes: i) escaneo HRCT y ii) pruebas de función pulmonar Y b) El ensayo con micofenolato no tuvieron ningún efecto o no fueron toleradas. Para la artritis idiopática juvenil sistémica (todas las solicitudes): Prueba de otros agentes no requeridos. Para solicitudes de continuación (todos los diagnósticos): El miembro se ha beneficiado con el uso de este medicamento.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	Para la artritis reumatoide, la artritis idiopática juvenil poliarticular, la artritis idiopática juvenil sistémica y la arteritis de células gigantes: Recetado por, o consultado con un especialista en reumatología. Para la enfermedad pulmonar intersticial asociada a la esclerosis sistémica: Recetado por, o consultado con, un neumólogo.
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

— ACTIMMUNE 2000000UNIT/0.5ML INJ (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

— ADBRY 150MG/ML JERINGA

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Para dermatitis atópica (solicitudes iniciales): Dos de los siguientes fueron ineficaces o no fueron tolerados: a) un esteroide tópico de potencia media a muy alta, b) un inhibidor tópico de la calcineurina O c) un inmunosupresor oral. Para la dermatitis atópica (solicitudes de continuación): El miembro se ha beneficiado con el uso de este medicamento.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	Para la dermatitis atópica: Recetado por, o consultado con un alergólogo, inmunólogo o dermatólogo.
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	Para dermatitis atópica (solicitudes iniciales): El miembro padece dermatitis atópica de moderada a grave definida como: 1) Una de las siguientes: a) afectación de la superficie corporal del 10 por ciento o más O b) Se aporta documentación gráfica de la gravedad con afectación de la cara, cabeza, cuello, manos, pies, ingle o zonas intertriginosas. Y 2) Al menos dos (2) de los siguientes: a) prurito intratable (picor), b) agrietamiento y supuración/sangrado de la piel O c) deterioro de las actividades de la vida diaria. Para la dermatitis atópica (todas las solicitudes): No se utilizará en combinación con otro producto inmunomodulador dirigido para la indicación recetada.

Productos afectados

— *alyq 20mg tab*

— *tadalafil 20mg tab*

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Diagnóstico confirmado por cateterismo cardíaco derecho.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

- ADEMPAS 0.5MG TAB
- ADEMPAS 1MG TAB
- ADEMPAS 2MG TAB

- ADEMPAS 1.5MG TAB
- ADEMPAS 2.5MG TAB

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Para todas las indicaciones: Diagnóstico confirmado por cateterismo cardíaco derecho. Para la hipertensión arterial pulmonar: Los dos siguientes no tuvieron ningún efecto o no fueron tolerados: un ERA (ambrisentan, bosentan o macitentan (Opsumit)) Y un inhibidor de la PDE5 (sildenafil o tadalafil). C) Para la hipertensión pulmonar tromboembólica crónica persistente/recurrente (Grupo 4 de la OMS): Prueba de otros agentes no requeridos.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

- everolimus 10mg tab (solo nuevo comienzo)
- everolimus 2mg tab for oral susp (solo nuevo comienzo)
- everolimus 5mg tab (solo nuevo comienzo)
- everolimus 7.5mg tab (solo nuevo comienzo)

- everolimus 2.5mg tab (solo nuevo comienzo)
- everolimus 3mg tab for oral susp (solo nuevo comienzo)
- everolimus 5mg tab para susp. oral (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

— AIMOVIG 140MG/ML AUTO-INYECTOR

— AIMOVIG 70MG/ML AUTO-INYECTOR

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Para solicitudes iniciales: Ambas de las siguientes: A) El miembro tiene 4 o más días de migraña por mes durante los 3 meses anteriores o más Y B) Un ensayo de 8 semanas o más de dos de las tres siguientes clases de medicamentos fue ineficaz o no fue tolerado: a) anticonvulsivos, b) agentes vasoactivos , O c) antidepresivos. Para solicitudes de continuación: El miembro se ha beneficiado con el uso de este medicamento.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

— ALECENSA 150MG CAP (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Se proporciona documentación del linfoma anaplásico de células grandes ALK positivo.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

— nitazoxanide 500mg tab

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Para la diarrea por giardiasis: Una de las siguientes opciones no tuvo ningún efecto o no fue tolerada: a) metronidazole O b) tinidazole. Para la diarrea por criptosporidiosis: Prueba de otros agentes no requeridos.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

- ARALAST 1000MG INY
- PROLASTIN 1000MG INY

- GLASSIA 1000MG/50ML INY
- ZEMAIRA 1000MG INY

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	A) El diagnóstico de deficiencia congénita de alfa1-antitripsina se confirma mediante los siguientes dos factores: a) el nivel circulante basal de alfa1-antitripsina está por debajo del umbral protector estándar (menos de 11 micromol/L O menos de 50 mg por decilitro mediante nefelometría) Y b) genotipo de deficiencia de alfa1-antitripsina de alto riesgo (SS, SZ, ZZ o nulo/nulo) Y B) El médico que receta certifica que el miembro no tiene deficiencia de IgA con anticuerpo anti-IgA conocido.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	Recetado por, o consultado con, un neumonólogo
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

- ALUNBRIG 180MG TAB (solo nuevo comienzo)
- ALUNBRIG 90MG TAB (solo nuevo comienzo)

- ALUNBRIG 30MG TAB (solo nuevo comienzo)
- ALUNBRIG INITIATION PACK (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Se proporciona documentación del linfoma anaplásico de células grandes ALK positivo.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

- APTIOM 200MG TAB (solo nuevo comienzo)
- APTIOM 600MG TAB (solo nuevo comienzo)

- APTIOM 400MG TAB (solo nuevo comienzo)
- APTIOM 800MG TAB (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

— ARCALYST 220MG INY

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

— ARIKAYCE 590MG/8.4ML SUSP. P/INHALAR

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	Recetado por, o consultado con, un especialista en enfermedades infecciosas o un neumólogo.
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

— AURYXIA 210MG TAB

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

- AUSTEDO 12MG ER TAB
- AUSTEDO 24MG ER TAB
- AUSTEDO 6MG ER TAB
- AUSTEDO 9MG TAB

- AUSTEDO 12MG TAB
- AUSTEDO 6-12-24MG XR TAB TITRATION PACK
- AUSTEDO 6MG TAB

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Para discinesia tardía (solicitudes iniciales): A) Uno de los siguientes: i) El miembro no ha respondido a un cambio en la terapia antidopaminérgica actual O ii) El miembro no puede cambiar la terapia antidopaminérgica actual O iii) El miembro tiene síntomas de discinesia tardía y no está usando terapia antidopaminérgica Y B) El miembro tiene una discapacidad funcional debido a discinesia tardía. Para corea asociada con la enfermedad de Huntington (solicitudes iniciales): Ensayos de otros medicamentos no es necesario. Para solicitudes de continuación (todos los diagnósticos): El miembro se ha beneficiado con el uso de este medicamento.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	Recetado por, o consultado con, un neurólogo o psiquiatra.
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

- AYVAKIT 100MG TAB (solo nuevo comienzo)
- AYVAKIT 25MG TAB (solo nuevo comienzo)
- AYVAKIT 50MG TAB (solo nuevo comienzo)

- AYVAKIT 200MG TAB (solo nuevo comienzo)
- AYVAKIT 300MG TAB (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Para tumores del estroma gastrointestinal irresecables o metastásicos: Se proporciona documentación de la mutación PDGFRA exón 18.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

- BALVERSA 3MG TAB (solo nuevo comienzo)
- BALVERSA 5MG TAB (solo nuevo comienzo)

- BALVERSA 4MG TAB (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Se proporciona documentación de alteración genética susceptible de FGFR3.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

— BAXDELA 450MG TAB

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado por 6 meses
Otro criterio	

Productos afectados

— BENLYSTA 200MG/ML AUTO-INYECTOR

— BENLYSTA 200MG/ML JERINGA

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Para solicitudes iniciales de lupus eritematoso sistémico: Dos de los siguientes fueron ineficaces o no fueron tolerados: a) hydroxychloroquine, b) methotrexate, c) azathioprine, d) mycophenolate O e) a corticosteroid. Para todas las solicitudes: El médico que receta certifica que el miembro no tiene lupus activo grave en el sistema nervioso central Y que el miembro no está tomando otros productos biológicos. Para solicitudes de continuación (todos los diagnósticos): El miembro se ha beneficiado con el uso de este medicamento.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	Recetado por, o consultado con especialista en reumatología, nefrólogo o dermatólogo.
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	Para el tratamiento inicial del lupus eritematoso: El diagnóstico de lupus eritematoso sistémico activo se confirma mediante uno de los siguientes: A) valor anti-ADN bicatenario superior a 30 UI/mL O B) complemento bajo (C3/C4) O C) positivo para anticuerpos anti-Smith. Para lupus eritematoso sistémico (todas las solicitudes): No se administrará en combinación con otros productos biológicos. Para la nefritis lúpica activa (todas las solicitudes): No se utilizará en combinación con voclosporina (Lupkynis).

Productos afectados

— BESREMI 500MCG/ML JERNGA (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Una de las siguientes opciones no tuvo ningún efecto o no fue tolerada: A) hydroxyurea O B) peginterferon alfa-2a.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

- BOSULIF 100MG TAB (solo nuevo comienzo)
- comienzo) BOSULIF 500MG TAB (solo nuevo comienzo)

- BOSULIF 400MG TAB (solo nuevo

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

— BRAFTOVI 75MG CAP (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Se proporciona documentación de la mutación BRAF V600E o V600E apropiada.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

- BRIVIACT 100MG TAB (solo nuevo comienzo)
- BRIVIACT 10MG/ML ORAL SOLN (solo nuevo comienzo)
- BRIVIACT 50MG TAB (solo nuevo comienzo)
- BRIVIACT 10MG TAB (solo nuevo comienzo)
- BRIVIACT 25MG TAB (solo nuevo comienzo)
- BRIVIACT 75MG TAB (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

— BRONCHITOL 40MG POLVO P/INHALAR

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

— BRUKINSA 80MG CAP (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

— BYDUREON 2MG/0.85ML AUTO-INYECTOR

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

— CABLIVI 11MG INY

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	A) El miembro ha recibido o recibirá la primera dosis de caplacizumab mientras se somete a un intercambio de plasma por púrpura trombocitopénica trombótica adquirida. B) El médico que receta certifica que el paciente será monitoreado y la terapia continuará más allá de los 30 días posteriores al intercambio de plasma solo si los niveles de ADAMTS23 permanecen por debajo del 10%.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	Recetado por, o consultado con un hematólogo.
Duración de cobertura	Aprobado por 4 meses
Otro criterio	

Productos afectados

- CABOMETYX 20MG TAB (solo nuevo comienzo)
- CABOMETYX 60MG TAB (solo nuevo comienzo)

- CABOMETYX 40MG TAB (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

- *calcipotriene 0.005% crema*
- *ungüento calcipotriene 0.005% sol. tópica*

— *calcipotriene 0.005%*

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

— CALQUENCE 100MG CAP (solo nuevo comienzo)

— CALQUENCE 100MG TAB (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

- CAMZYOS 10MG CAP
- CAMZYOS 2.5MG CAP

- CAMZYOS 15MG CAP
- CAMZYOS 5MG CAP

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Para solicitudes iniciales: El miembro presenta síntomas a pesar de una dosis máxima tolerada de uno de los siguientes: a) un betabloqueante O b) un bloqueador de los canales de calcio no dihidropiridínico. Para solicitudes de continuación: El miembro se ha beneficiado con el uso de este medicamento.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	Recetado por, o consultado con, un cardiólogo.
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

- CAPLYTA 10.5MG CAP (solo nuevo comienzo)
- CAPLYTA 42MG CAP (solo nuevo comienzo)

- CAPLYTA 21MG CAP (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Para la esquizofrenia: Dos de los siguientes fueron ineficaces o no fueron tolerados: a) aripiprazole, b) olanzapine, c) quetiapine, d) risperidone, e) ziprasidone, O f) lurasidone. Para la depresión bipolar: Ambos de los siguientes no tuvieron ningún efecto o no fueron tolerados: a) lurasidone Y b) quetiapine.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

— CAPRELSA 100MG TAB (solo nuevo comienzo)

— CAPRELSA 300MG TAB (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

— *carglumic acid 200mg tab para susp. oral*

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

— CAYSTON 75MG SOL. P/INHALAR

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

— CERDELGA 84MG CAP

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	Para todas las solicitudes: No se utilizará en combinación con imiglucerase (Cerezyme)

Productos afectados

- CIBINQO 100MG TAB
- CIBINQO 50MG TAB

- CIBINQO 200MG TAB

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Para dermatitis atópica (solicitudes iniciales): Dos de los siguientes fueron ineficaces o no fueron tolerados: a) un esteroide tópico de potencia media a muy alta, b) un inhibidor tópico de la calcineurina O c) un inmunosupresor oral. Para la dermatitis atópica (solicitudes de continuación): El miembro se ha beneficiado con el uso de este medicamento.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	Para la dermatitis atópica: Recetado por, o consultado con un alergólogo, inmunólogo o dermatólogo.
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	Para dermatitis atópica (solicitudes iniciales): El miembro padece dermatitis atópica de moderada a grave definida como: 1) Una de las siguientes: a) afectación de la superficie corporal del 10 por ciento o más O b) Se aporta documentación gráfica de la gravedad con afectación de la cara, cabeza, cuello, manos, pies, ingle o zonas intertriginosas. Y 2) Al menos dos (2) de los siguientes: a) prurito intratable (picor), b) agrietamiento y supuración/sangrado de la piel O c) deterioro de las actividades de la vida diaria. Para la dermatitis atópica (todas las solicitudes): No se utilizará en combinación con otro producto inmunomodulador dirigido para la indicación recetada.

Productos afectados

— CIMZIA 200MG INY

— CIMZIA 200MG/ML JERINGA

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Para artritis reumatoide (solicitudes iniciales): Dos de las siguientes opciones no tuvieron ningún efecto o no fueron tolerados: a) Humira, b) Enbrel c) Rinvoq O d) Xeljanz. Para espondilitis anquilosante (solicitudes iniciales): Dos de los siguientes no tuvieron ningún efecto o no fueron tolerados: a) Humira, b) Enbrel, c) Taltz d) Rinvoq O e) Xeljanz. Para artritis psoriásica (solicitudes iniciales): Dos de los siguientes no tuvieron ningún efecto o no fueron tolerados: a) Humira, b) Enbrel, c) Taltz, d) Stelara, e) Otezla, f) Skyrizi, g) Tremfya, h) Rinvoq O i) Xeljanz. Para la placa psoriásica (solicitudes iniciales): Dos de las siguientes opciones no tuvieron ningún efecto o no fueron toleradas: a) Humira, b) Enbrel, c) Taltz, d) Skyrizi, e) Stelara, f) Tremfya O g) Otezla. Para la enfermedad de Crohn (solicitudes iniciales): Dos de las siguientes opciones no tuvieron ningún efecto o no fueron tolerados: a) Humira, b) Stelara, c) Skyrizi, O d) Rinvoq. Para la espondiloartritis axial no radiográfica (solicitudes iniciales): El ensayo de dos fármacos antiinflamatorios no esteroides (AINE) no tuvo ningún efecto o no fue tolerado. Para artritis idiopática juvenil poliarticular (solicitudes iniciales): Dos de los siguientes fueron ineficaces o no fueron tolerados: a) Humira o Hadlima, b) Enbrel, c) Xeljanz, O d) Rinvoq. Para solicitudes de continuación (todos los diagnósticos): El miembro se ha beneficiado con el uso de este medicamento.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	Para la artritis reumatoide, la artritis psoriásica, la espondiloartritis axial no radiográfica o espondilitis anquilosante: Recetado por, o consultado con un especialista en reumatología. Para la enfermedad de Crohn: Recetado por, o consultado con, un gastroenterólogo. Para la placa psoriásica: Recetado por, o consultado con, un dermatólogo.
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

- COMETRIQ CAP 100MG ENVASE DE DOSIS DIARIAS (solo nuevo comienzo) — COMETRIQ CAP 140MG ENVASE DE DOSIS DIARIAS (solo nuevo comienzo)
- COMETRIQ CAP 60MG ENVASE DE DOSIS DIARIAS (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

— COPIKTRA 15MG CAP (Solo nuevo comienzo)

— COPIKTRA 25MG CAP (Solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

- CORLANOR 5MG TAB
- CORLANOR 7.5MG TAB

— CORLANOR 5MG/5ML SOL. ORAL

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Para adultos (18 años y mayores), uno de los siguientes: A) El miembro está tomando una dosis máxima tolerada de betabloqueante O B) El miembro tiene antecedentes de intolerancia, contraindicación o hipersensibilidad al betabloqueante.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	Recetado por, o consultado con, un cardiólogo.
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

— COTELLIC 20MG TAB (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Para melanoma irresecable o metastásico: Se proporciona documentación de la mutación BRAF V600E o V600E apropiada.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

— CYSTARAN 0.44% OPHTH SOLUCIÓN

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

— DAURISMO 100MG TAB (solo nuevo comienzo)

— DAURISMO 25MG TAB (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

- DIACOMIT 250MG CAP (solo nuevo comienzo)
- DIACOMIT 500MG CAP (solo nuevo comienzo)

- DIACOMIT 250MG POLVO PARA SUSP. ORAL (solo nuevo comienzo)
- DIACOMIT 500MG POLVO PARA SUSP. ORAL (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	El ensayo de al menos un medicamento antiepiléptico no tuvo ningún resultado o no fue tolerado.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	Recetado por, o consultado con un neurólogo.
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

— DIFICID 200MG TAB

— DIFICID 40MG/ML SUSP

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	El ensayo con vancomicina oral no tuvo ningún efecto o no fue tolerado.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado por 1 mes.
Otro criterio	

Productos afectados

— DOJOLVI 100% SOL. ORAL

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Para solicitudes iniciales: El diagnóstico de un trastorno de oxidación de ácidos grasos de cadena larga confirmado por dos o más de los siguientes: a) examen de sangre del recién nacido/perfil de acilcarnitina b) prueba molecular o genética O c) prueba de fibroblastos. Para solicitudes de continuación: El miembro se ha beneficiado con el uso de este medicamento.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	Recetado por, o consultado con, un médico genetista o médico que receta especializado en el tratamiento de trastornos de oxidación de ácidos grasos de cadena larga.
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

- DOPTELET 20MG TAB
- DOPTELET TAB 60MG ENVASE DE DOSIS DIARIAS

- DOPTELET TAB 40MG ENVASE DE DOSIS DIARIAS

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Para trombocitopenia con enfermedad hepática crónica y programado para someterse a un procedimiento: El miembro tiene un recuento de plaquetas de las dos semanas anteriores que muestra menos de 50,000 plaquetas por microlitro. Para solicitudes iniciales de trombocitopenia inmune crónica: Ambas de las siguientes: A) En recaída o refractario a al menos un tratamiento previo por trombocitopenia inmune crónica B) Recuento de plaquetas inferior a 30,000 microlitros. Para solicitudes de continuación de trombocitopenia inmune crónica: El miembro se ha beneficiado con el uso de este medicamento.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	Para la trombocitopenia inmune crónica: Recetado por, o consultado con un hematólogo.
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

— *dronabinol 10mg cap*
— *dronabinol 5mg cap*

— *dronabinol 2.5mg cap*

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	La aprobación se basará en la determinación de la cobertura del BvD.

Productos afectados

– DUPIXENT 100MG/0.67ML JERINGA

– DUPIXENT 200MG/1.14ML JERINGA

– INYECTOR DUPIXENT 300MG/2ML JERINGA

– DUPIXENT 200MG/1.14ML AUTO-INYECTOR

– DUPIXENT 300MG/2ML AUTO-

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Para solicitudes iniciales: Para la dermatitis atópica: Dos de los siguientes fueron ineficaces o no fueron tolerados: a) un esteroide tópico de potencia media a muy alta, b) un inhibidor tópico de la calcineurina O c) un inmunosupresor oral (no se requiere ensayo con otros agentes para pacientes menores de 2 años). Para el asma: Antecedentes, durante el último año, de al menos 1 exacerbación del asma que requirió uno de los siguientes, a pesar del uso regular de corticosteroides inhalados más un controlador adicional: a) tratamiento con corticosteroides sistémicos, b) visita al departamento de emergencias O c) hospitalización. Para los pólipos nasales Ambas de las siguientes opciones no tuvieron ningún efecto o no fueron toleradas: a) un corticosteroide oral Y b) un corticosteroide nasal. Para la esofagitis eosinofílica: El ensayo de corticosteroide tópico no tuvo ningún efecto o no fue tolerado. Para el prurigo nodular: Prueba de otros agentes no requeridos. Para solicitudes de continuación (todos los diagnósticos): El miembro se ha beneficiado con el uso de este medicamento.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	Para la dermatitis atópica: Recetado por, o consultado con un alergólogo, inmunólogo o dermatólogo. Para el asma: Recetado por, o consultado con un alergólogo, neumonólogo o inmunólogo. Para los pólipos nasales Recetado por, o consultado con un alergólogo, inmunólogo u otorrinolaringólogo. Para la esofagitis eosinofílica: Recetado por, o consultado con un alergólogo o gastroenterólogo.
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	Para solicitudes iniciales: Para la dermatitis atópica: El miembro padece dermatitis atópica de moderada a grave definida como: 1) Una de las siguientes: a) afectación de la superficie corporal del 10 por ciento o más O b) Se aporta documentación gráfica de la gravedad con afectación de la cara, cabeza, cuello, manos, pies, ingle o zonas intertriginosas. Y 2) Al menos dos (2) de los siguientes: a) prurito intratable (picor), b) agrietamiento y supuración/sangrado de la piel O c) deterioro de las actividades de la vida diaria. Para el asma: Uno de los siguientes: 1) Fenotipo eosinofílico con concentración basal de eosinófilos en sangre mayor o igual a 150 células/microlitro) O 2) Asma dependiente de corticosteroides orales que requiere dosis diarias de 5 mg o más de prednisona (o equivalente). Para pólipos nasales, se deben cumplir ambas de las siguientes: A) Poliposis nasal bilateral confirmada con tomografía computarizada de los senos nasales Y B) El médico que receta da fe de síntomas de congestión, obstrucción u obstrucción nasal de moderados a graves (como pérdida del olfato, rinorrea o dolor facial). Para esofagitis eosinofílica, se deben cumplir ambas de las siguientes: A) biopsia endoscópica con al menos 15 eosinófilos por campo de

alto poder (hpf) Y B) síntomas de disfunción esofágica (por ejemplo, disfagia). Para el prurigo nodular: Se aplican ambas de las siguientes: a) el diagnóstico ha persistido durante al menos 6 semanas, Y b) al menos 20 nódulos presentes al inicio del estudio. Para todas las indicaciones (todas las solicitudes): No se utilizará en combinación con otro producto inmunomodulador dirigido para la indicación recetada.

Productos afectados

- EMGALITY 100MG/ML JERINGA
- EMGALITY 120MG/ML JERINGA

- EMGALITY 120MG/ML AUTO-INYECTOR

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Para solicitudes iniciales por migraña: Ambas de las siguientes: A) El miembro tiene 4 o más días de migraña por mes durante los 3 meses anteriores o más Y B) Un ensayo de 8 semanas o más de dos de las tres siguientes clases de medicamentos fue ineficaz o no fue tolerado: a) anticonvulsivos, b) agentes vasoactivos , O c) antidepresivos. Para solicitudes iniciales de profilaxis de cefalea en racimos episódicos: El ensayo de verapamil no tuvo ningún efecto o no fue tolerado. Para solicitudes de continuación (todos los diagnósticos): El miembro se ha beneficiado con el uso de este medicamento.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

- ENBREL 25MG/0.5ML INY
- ENBREL 50MG/ML AUTO-INYECTOR
- ENBREL 50MG/ML JERIMGA

- ENBREL 25MG/0.5ML JERINGA
- ENBREL 50MG/ML CARTUCHO

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Para artritis reumatoide (solicitudes iniciales): El ensayo de metotrexato en una dosis de al menos 20 mg/semana (o la dosis máxima tolerada) no tuvo ningún efecto o no fue tolerado. Para la artritis idiopática juvenil (solicitudes iniciales): El ensayo de metotrexato en una dosis de al menos 15 mg/semana exigido (o la dosis máxima tolerada) no tuvo ningún efecto o no fue tolerado. Para la placa psoriásica (solicitudes iniciales): Uno de los siguientes no tuvo ningún efecto o no fue tolerado: a) metotrexato a una dosis de al menos 10 mg/semana (o dosis máxima tolerada) O b) acitretina (no es necesario probar otros fármacos en pacientes menores de 18 años). Para espondilitis anquilosante (AS, por sus siglas en inglés) (solicitudes iniciales): El ensayo de sulfasalazina no tuvo ningún efecto o no fue tolerado (el ensayo de sulfasalazina no es necesario para AS con afectación axial predominante). Para artritis psoriásica (solicitudes iniciales): Una de las siguientes opciones no tuvo ningún efecto o no fue tolerada: a) methotrexate O b) sulfasalazine. Para la artritis psoriásica juvenil: no se requiere ensayo de otros medicamentos. Para solicitudes de continuación (todos los diagnósticos): El miembro se ha beneficiado con el uso de este medicamento.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	paz o espondilitis anquilosante: Recetado por, o consultado con un especialista en reumatología. Para la placa psoriásica: Recetado por, o consultado con, un dermatólogo.
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

— ENDARI 5GM POLVO PARA SOLUCIÓN ORAL

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Para solicitudes iniciales: Deben cumplirse los criterios 1 y 2 o el criterio 3: 1. El ensayo de una dosis máxima tolerada de hidroxurea no tuvo ningún resultado o no fue tolerado. 2. El miembro ha tenido al menos 1 crisis vaso-oclusiva en los 12 meses anteriores, mientras recibía hidroxurea (si procede). 3. El médico que receta es un hematólogo. Para solicitudes de continuación: El miembro se ha beneficiado con el uso de este medicamento.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	Recetado por, o consultado con un hematólogo.
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

— ENSPRYNG 120MG/ML JERINGA

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Se proporciona documentación de una prueba positiva para anticuerpos anti-acuaporina-4.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	Recetado por, o consultado con, un neurólogo, oftalmólogo o neuro-oftalmólogo.
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	Para todas las solicitudes: No se usará en combinación con eculizumab (Soliris) o inebilizumab (Uplizna).

Productos afectados

— SOFOSBUVIR/VELPATASVIR 400-100MG TAB

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	1) Se proporciona el título actual de ARN del VHC 2) No hay tratamiento previo con un antiviral de acción directa para la hepatitis C. 3) Uno de los siguientes: a) El miembro no tiene cirrosis O b) El miembro tiene cirrosis compensada Y uno de los siguientes : i) No tiene el genotipo 3 O ii) tiene el genotipo 3 pero no tiene la sustitución Y93H asociada a la resistencia a NS5A. O c) El miembro tiene cirrosis descompensada Y recibirá ribavirina según el peso
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	Recetado por o consultado con un gastroenterólogo, hepatólogo o especialista en enfermedades infecciosas o trasplantes.
Duración de cobertura	Duración de cobertura de 12 a 24 semanas. Se aplica en conformidad con los lineamientos AASLD-IDSA.
Otro criterio	

Productos afectados

— EPIDIOLEX 100MG/ML SOLUCIÓN ORAL (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	El ensayo de al menos un medicamento antiepiléptico no tuvo ningún resultado o no fue tolerado.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	Recetado por, o consultado con un neurólogo.
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

— ERIVEDGE 150MG CAP (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

— ERLEADA 240MG TAB (solo nuevo comienzo)

— ERLEADA 60MG TAB (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Para el cáncer de próstata metastásico sensible a la castración: El ensayo de abiraterone no tuvo ningún efecto o no fue tolerado. Para el cáncer de próstata no metastásico resistente a la castración: Prueba de otros agentes no requeridos.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

- *pirfenidone 267mg cap*
- *pirfenidone 801mg tab*

— *pirfenidone 267mg tab*

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Para solicitudes iniciales de fibrosis pulmonar idiopática: Diagnóstico confirmado por uno de los siguientes: 1) Biopsia pulmonar quirúrgica que revela un patrón histopatológico de neumonía intersticial (NIU) no especificada 2) La tomografía computarizada de alta resolución indica un patrón de NIU definido 3) Ambas, la tomografía computarizada de alta resolución indica un posible patrón de NIU Y la biopsia pulmonar quirúrgica revela un patrón histopatológico de NIU probable. Para solicitudes de continuación: El miembro se ha beneficiado con el uso de este medicamento.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

— EVRYSDI 0.75MG/ML SOL. ORAL

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Se proporciona documentación de una prueba genética que confirma el diagnóstico de atrofia muscular espinal.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	Recetado por un neurólogo.
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	Para todas las solicitudes: No se utilizará en combinación con nusinersen (Spinraza).

Productos afectados

— EXKIVITY 40MG CAP (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Se proporciona documentación de la mutación EGFR de inserción del exón 20.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

- FANAPT 10MG TAB (solo nuevo comienzo)
- FANAPT 1MG TAB (solo nuevo comienzo)
- FANAPT 4MG TAB (solo nuevo comienzo)
- FANAPT 8MG TAB (solo nuevo comienzo)
- FANAPT 12MG TAB (solo nuevo comienzo)
- FANAPT 2MG TAB (solo nuevo comienzo)
- FANAPT 6MG TAB (solo nuevo comienzo)
- FANAPT TITRATION PACK (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Dos de los siguientes fueron ineficaces o no fueron tolerados: a) aripiprazole, b) olanzapine, c) quetiapine, d) risperidone, e) ziprasidone, O f) lurasidone.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

— FASENRA 30MG/ML AUTO-INYECTOR

— FASENRA 30MG/ML JERINGA

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	<p>Para asma (solicitudes iniciales): Antecedentes, durante el último año, de al menos 1 exacerbación del asma que requirió uno de siguientes, a pesar del uso regular de corticosteroides inhalados más un controlador adicional: a) tratamiento con corticosteroides sistémicos, b) visita al departamento de emergencias O c) hospitalización. Para granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (EGPA) (solicitudes iniciales): Ambos de los siguientes: A) El ensayo de terapia con corticosteroides orales fue ineficaz o no fue tolerado y B) Uno de los siguientes fue ineficaz o no fue tolerado: a) ciclofosfamida O b) metotrexato. Para solicitudes de continuación (todos diagnósticos): El miembro se ha beneficiado con el uso de este medicamento.</p>
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	Para el asma: Recetado por, o consultado con un alergólogo, inmunólogo o neumonólogo. Para EGPA: un especialista en reumatología, alergólogo, neumólogo o neumonólogo.
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	Para asma (solicitudes iniciales): Fenotipo eosinofílico con concentración basal de eosinófilos en sangre mayor o igual a 150 células/microlitro. Para asma (todas las solicitudes): No se utilizará en combinación con otro producto inmunomodulador dirigido para la indicación recetada.

Productos afectados

— *deferiprone 1000mg tab*

— *deferiprone 500mg tab*

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

— FILSPARI 200MG TAB

— FILSPARI 400MG TAB

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Para solicitudes iniciales: 1) Diagnóstico confirmado con una biopsia de riñón y 2) Miembro incapaz de controlar adecuadamente la proteinuria con terapia con inhibidores de la ECA o bloqueadores de los receptores de angiotensina solos. Para solicitudes de continuación: El miembro se ha beneficiado con el uso de este medicamento.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	Recetado por, o consultado con un nefrólogo
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

— FINTEPLA 2.2MG/ML SOLUCIÓN ORAL (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	El ensayo de al menos un medicamento antiepiléptico no tuvo ningún resultado o no fue tolerado.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	Recetado por un neurólogo.
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

— FIRDAPSE 10MG TAB

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	Recetado por un neurólogo.
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	El diagnóstico del síndrome miasténico de Lambert-Eaton (LEMS, por sus siglas en inglés) se confirma mediante uno de los siguientes: a) Presencia de anticuerpos contra los canales de calcio dependientes de voltaje O b) los resultados de la prueba de potencial de acción muscular compuesto electrofisiológico son consistentes con LEMS.

Productos afectados

— FIRMAGON 120MG/VIAL INY (solo nuevo comienzo)

— FIRMAGON 80MG INY (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

— DICLOFENAC EPOLAMINE 1.3% PARCHE

— FLECTOR 1.3% PARCHE

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

— FOTIVDA 0.89MG CAP (solo nuevo comienzo)

— FOTIVDA 1.34MG CAP (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

- FYCOMPA 0.5MG/ML SUSP (solo nuevo comienzo)
- FYCOMPA 12MG TAB (solo nuevo comienzo)
- FYCOMPA 4MG TAB (solo nuevo comienzo)
- FYCOMPA 8MG TAB (solo nuevo comienzo)
- FYCOMPA 10MG TAB (solo nuevo comienzo)
- FYCOMPA 2MG TAB (solo nuevo comienzo)
- FYCOMPA 6MG TAB (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Para convulsiones de comienzo parcial: Ambas de las siguientes opciones no tuvieron ningún efecto o no fueron toleradas: a) topiramate Y b) lacosamide. Para convulsiones tónico-clónicas generalizadas primarias: Dos de las siguientes opciones no tuvieron ningún efecto o no fueron tolerados: a) lamotrigine, b) levetiracetam, c) primidone O d) topiramate.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	Recetado por o consultado con , un especialista en epilepsia o neurólogo.
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

— GALAFOLD 123MG TRATAMIENTO PARA 28 DÍAS

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Se proporciona documentación de que el miembro tiene una variante responsable del gen de la galactosidasa alfa (GLA).
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	Recetado por, o consultado con, un médico genetista, nefrólogo o un médico que receta especializado en el tratamiento de la enfermedad de Fabry.
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

— GATTEX 5MG INY

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	El miembro depende del apoyo parenteral durante al menos 12 meses y al menos 3 días por semana.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

— GAVRETO 100MG CAP (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Se proporciona documentación de la fusión del gen RET.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

— GEMTESA 75MG TAB

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Ambas de las siguientes opciones no tuvieron ningún efecto o no fueron toleradas: a) Myrbetriq Y b) un agente antimuscarínico.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

- GILOTRIF 20MG TAB (solo nuevo comienzo)
- GILOTRIF 40MG TAB (solo nuevo comienzo)

- GILOTRIF 30MG TAB (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Se proporciona documentación de la mutación EGFR apropiada. Para el cáncer de pulmón escamoso de células no pequeñas: No se requiere documentación de la mutación EGFR.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

- SKYTROFA 11MG CARTUCHO
- SKYTROFA 3.6MG CARTUCHO
- SKYTROFA 4.3MG CARTUCHO
- SKYTROFA 6.3MG CARTUCHO
- SKYTROFA 9.1MG CARTUCHO
- SKYTROFA 13.3MG CARTUCHO
- SKYTROFA 3MG CARTUCHO
- SKYTROFA 5.2MG CARTUCHO
- SKYTROFA 7.6MG CARTUCHO

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Se proporciona documentación de la falla en estimular la secreción de la hormona del crecimiento (nivel máximo de la hormona del crecimiento de 10 mcg/L o menos) mediante una de las pruebas de provocación aceptables.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

- NORDITROPIN 10MG/1.5ML LAP INY
- NORDITROPIN 30MG/3ML LAP INY
- OMNITROPE 10MG/1.5ML CARTUCHO
- OMNITROPE 5MG/1.5ML CARTUCHO
- NORDITROPIN 15MG/1.5ML LAP INY
- NORDITROPIN 5MG/1.5ML LAP INY
- OMNITROPE 5.8MG INJ

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Se proporciona documentación de la falla en estimular la secreción de la hormona del crecimiento (nivel máximo de la hormona del crecimiento de 10 mcg/L o menos) mediante una de las pruebas de provocación aceptables.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

- BERINERT 500UNIT INY
- HAEGARDA 2000UNIT INY
- *icatibant 10mg/ml jeringa*
- ORLADEYO 150MG CAP
- *sajazir 30mg/3ml jeringa*
- INJ TAKHZYRO 300MG/2ML JERINGA
- CINRYZE 500UNIT INY
- HAEGARDA 3000UNIT INY
- ORLADEYO 110MG CAP
- RUCONEST 2100UNIT INY
- TAKHZYRO 300MG/2ML

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

— *tasimelton 20mg cap*

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Para el trastorno de sueño-vigilia que no dura 24 horas: El miembro es totalmente ciego. Para el síndrome de Smith-Magenis: Diagnóstico de las alteraciones del sueño nocturno en el síndrome de Smith-Magenis.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	Recetado por, o consultado con, un neurólogo o especialista en sueño.
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

- HUMIRA 10MG/0.1ML JERINGA
- HUMIRA 40MG/0.4ML AUTO-INYECTOR
- HUMIRA 40MG/0.8ML AUTO-INYECTOR
- HUMIRA 80MG/0.8ML AUTO-INYECTOR
- 40MG HUMIRA PEN - CROHN'S STARTER PACK 40MG/0.8ML INJ
- HUMIRA PEN - PEDIATRIC UC STARTER PACK 80MG/0.8ML INJ
- HUMIRA PEN 80MG/0.8ML AND 40MG/0.4ML - PSORIASIS/UVEITI
- HUMIRA 20MG/0.2ML JERINGA
- HUMIRA 40MG/0.4ML JERINGA
- HUMIRA 40MG/0.8ML JERINGA
- HUMIRA PEDIATRIC CROHN'S STARTER PACK JERINGA (2)
- HUMIRA PEN - CROHN'S STARTER PACK 80MG/0.8ML INJ
- HUMIRA PEN - PSORIASIS STARTER PACK 40MG/0.8ML
- HUMIRA PREFILLED JERINGA 80MG/0.8ML STARTER PACK - PED

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	<p>Para artritis reumatoide (solicitudes iniciales): El ensayo de metotrexato en una dosis de al menos 20 mg/semana (o la dosis máxima tolerada) no tuvo ningún efecto o no fue tolerado. Para la artritis idiopática juvenil (solicitudes iniciales): El ensayo de metotrexato en una dosis de al menos 15 mg/semana (o la dosis máxima tolerada) no tuvo ningún efecto o no fue tolerado. Para la placa psoriásica (solicitudes iniciales): Uno de los siguientes no tuvo ningún efecto o no fue tolerado: a) metotrexato a una dosis de al menos 10 mg/semana (o dosis máxima tolerada) o b) acitretina. Para espondilitis anquilosante (AS, por sus siglas en inglés) (solicitudes iniciales): El ensayo de sulfasalazina no tuvo ningún efecto o no fue tolerado (el ensayo de sulfasalazina no es necesario para AS con afectación axial predominante). Para artritis psoriásica (solicitudes iniciales): Una de las siguientes opciones no tuvo ningún efecto o no fue tolerada: a) methotrexate O b) sulfasalazine. Para colitis ulcerosa o enfermedad de Crohn (todas las solicitudes): Prueba de otros agentes no requeridos. Para hidradenitis supurativa (solicitudes iniciales): El miembro debe tener ambos de los siguientes: a) Al menos 3 quistes Y b) La prueba de un antibiótico oral no tuvo ningún efecto o no fue tolerada. Para uveítis (solicitudes iniciales): Ambas de las siguientes opciones no tuvieron ningún efecto o no fueron toleradas: a) un corticosteroide Y b) un inmunosupresor (metotrexato o ciclosporina). Para solicitudes de continuación (todos los diagnósticos): El miembro se ha beneficiado con el uso de este medicamento.</p>
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	<p>Para la artritis reumatoide, la artritis psoriásica, la artritis idiopática juvenil o espondilitis anquilosante: Recetado por, o consultado con un especialista en reumatología. Para la psoriasis en placas y la hidradenitis supurativa: Recetado por, o consultado con, un dermatólogo. Para la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa: Recetado por, o consultado con, un gastroenterólogo. Para uveítis: Recetado por, o en consulta con, un especialista en reumatología O un oftalmólogo.</p>
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

- IBRANCE 100MG CAP (solo nuevo comienzo)
- IBRANCE 125MG CAP (solo nuevo comienzo)
- IBRANCE 75MG CAP (solo nuevo comienzo)
- IBRANCE 100MG TAB (solo nuevo comienzo)
- IBRANCE 125MG TAB (solo nuevo comienzo)
- IBRANCE 75MG TAB (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Intolerancia o contraindicación a la terapia con ambos de los siguientes: a) Verzenio Y b) Kisqali.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

- ICLUSIG 10MG TAB (solo nuevo comienzo)
- ICLUSIG 30MG TAB (solo nuevo comienzo)

- ICLUSIG 15MG TAB (solo nuevo comienzo)
- ICLUSIG 45MG TAB (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

— IDHIFA 100MG TAB (solo nuevo comienzo)

— IDHIFA 50MG TAB (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Se proporciona documentación de la mutación IDH2.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

- IMBRUVICA 140MG CAP (solo nuevo comienzo)
- IMBRUVICA 70MG CAP (solo nuevo comienzo)

- IMBRUVICA 420MG TAB (solo nuevo comienzo)
- IMBRUVICA 70MG/ML SUSP (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

— INCRELEX 40MG/4ML INY

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

- INGREZZA 40MG CAP
- INGREZZA 80MG CAP

- INGREZZA 60MG CAP
- INGREZZA CAP PACK

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Para discinesia tardía (solicitudes iniciales): A) Uno de los siguientes: i) El miembro no ha respondido a un cambio en la terapia antidopaminérgica actual O ii) El miembro no puede cambiar la terapia antidopaminérgica actual O iii) El miembro tiene síntomas de discinesia tardía y no está usando terapia antidopaminérgica Y B) El miembro tiene una discapacidad funcional debido a discinesia tardía. Para corea asociada con la enfermedad de Huntington (solicitudes iniciales): Ensayos de otros medicamentos no es necesario. Para solicitudes de continuación (todos diagnósticos): El miembro se ha beneficiado con el uso de este medicamento.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	Recetado por, o consultado con, un neurólogo o psiquiatra.
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

— INLYTA 1MG TAB (solo nuevo comienzo)

— INLYTA 5MG TAB (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

— INQOVI 5 PAQUETE DE TABLETAS (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

— INREBIC 100MG CAP (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	El ensayo de Jakafi no tuvo ningún efecto o no fue tolerado.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

— *gefitinib 250mg tab (solo nuevo comienzo)*

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Se proporciona documentación de la mutación EGFR apropiada.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

— ivermectin 3mg tab

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado por 1 mes.
Otro criterio	

Productos afectados

- BIVIGAM 5GM/50ML INY
- GAMMAGARD 10GM INY
- GAMMAGARD 5GM INY
- GAMMAPLEX 10GM/100ML INY
- GAMMAPLEX 20GM/200ML INY
- GAMUNEX 1GM/10ML INY
- OCTAGAM 2GM/20ML INY
- PANZYGA 1GM/10ML INY
- PANZYGA 20GM/200ML INY
- PANZYGA 5GM/50ML INY
- FLEBOGAMMA 5GM/50ML INY
- GAMMAGARD 2.5GM/25ML INY
- GAMMAKED 1GM/10ML INY
- GAMMAPLEX 10GM/200ML INY
- GAMMAPLEX 5GM/50ML INY
- OCTAGAM 1GM/20ML INY
- PANZYGA 10GM/100ML INY
- PANZYGA 2.5GM/25ML INY
- PANZYGA 30GM/300ML INY
- PRIVIGEN 20GM/200ML INY

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	La aprobación se basará en la determinación de la cobertura del BvD.

Productos afectados

- JAKAFI 10MG TAB (solo nuevo comienzo)
- JAKAFI 20MG TAB (solo nuevo comienzo)
- JAKAFI 5MG TAB (solo nuevo comienzo)

- JAKAFI 15MG TAB (solo nuevo comienzo)
- JAKAFI 25MG TAB (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

— JAYPIRCA 100MG TAB (Solo nuevo comienzo)

— JAYPIRCA 50MG TAB (Solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

- KALYDECO 13.4MG GRANULADO
- KALYDECO 25MG GRANULADO
- KALYDECO 75MG GRANULADO

- KALYDECO 150MG TAB
- KALYDECO 50MG GRANULADO

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— KERENDIA 10MG TAB

— KERENDIA 20MG TAB

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

- KEVZARA 150MG/1.14ML AUTO-INYECTOR
- KEVZARA 200MG/1.14ML AUTO-INYECTOR

- KEVZARA 150MG/1.14ML JERINGA
- KEVZARA 200MG/1.14ML JERINGA

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Para artritis reumatoide (solicitudes iniciales): Dos de los siguientes no tuvieron ningún efecto o no fueron tolerados: a) Humira Enbrel, c) Rinvoq O d) Xeljanz. Para polimialgia reumática (solicitudes iniciales), una de las siguientes: a) un ensayo con corticosteroides no tuvo resultados O b) el miembro no pudo tolerar una disminución progresiva de corticosteroides a una cantidad menor o igual al equivalente a 5 mg de prednisona al día. Para solicitudes de continuación (todos los diagnósticos): El miembro se beneficia del uso de este medicamento.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	Para la artritis reumatoide y la polimialgia reumática: Recetado por, o consultado con un especialista en reumatología.
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

- KISQALI 200MG ENVASE DE DOSIS DIARIAS (21) (solo nuevo comienzo)
- KISQALI 600MG ENVASE DE DOSIS DIARIAS (63) (solo nuevo comienzo)
- KISQALI/FEMARA 400 CO-PACK (solo nuevo comienzo)

- KISQALI 400MG ENVASE DE DOSIS DIARIAS (42) (solo nuevo comienzo)
- KISQALI/FEMARA 200 CO-PACK (solo nuevo comienzo)
- KISQALI/FEMARA 600 CO-PACK (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración del año.
Otro criterio	

Productos afectados

— KORLYM 300MG TAB

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— KOSELUGO 10MG CAP (solo nuevo comienzo)

— KOSELUGO 25MG CAP (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Se proporciona documentación sobre notas de tablas que indican una enfermedad inoperable y sintomática.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— KRAZATI 200MG TAB (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Se proporciona documentación de la mutación KRAS G12C.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

- *javygtor 100mg polvo para solución oral*
- *javygtor 500mg polvo para solución oral*
- *sapropterina 100mg tab*

- *javygtor 100mg tab*
- *sapropterinaa 100mg polvo para solución oral*
- *sapropterinaa 500mg polvo para solución oral*

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Para continuación de la terapia: El miembro se beneficia del uso de este medicamento.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	Recetado por o consultado con un médico genetista o un especialista en metabolismo.
Duración de cobertura	Aprobación inicial de 3 meses. La continuación de la terapia ha sido aprobada por 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

- LENVIMA 10MG ENVASE DE DOSIS DIARIAS (solo nuevo comienzo)
- LENVIMA 14MG ENVASE DE DOSIS DIARIAS (solo nuevo comienzo)
- LENVIMA 20MG ENVASE DE DOSIS DIARIAS (solo nuevo comienzo)
- LENVIMA 4MG ENVASE DE DOSIS DIARIAS (solo nuevo comienzo)

- LENVIMA 12MG ENVASE DE DOSIS DIARIAS (solo nuevo comienzo)
- LENVIMA 18MG ENVASE DE DOSIS DIARIAS (solo nuevo comienzo)
- LENVIMA 24MG ENVASE DE DOSIS DIARIAS (solo nuevo comienzo)
- LENVIMA 8MG ENVASE DE DOSIS DIARIAS (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— *ambrisentan 10mg tab*

— *ambrisentan 5mg tab*

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Diagnóstico confirmado por cateterismo cardíaco derecho.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— *parche de lidocaína 5%*

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones médicamente aceptadas.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— *parche de lidocaína 5%*

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

- LINZESS 145MCG CAP
- LINZESS 72MCG CAP

- LINZESS 290MCG CAP

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Para el síndrome del intestino irritable con estreñimiento y el estreñimiento crónico idiopático: Ninguna de las siguientes opciones tuvo algún efecto, fueron contraindicadas o no toleradas: A) Trulance Y B) lubiprostone. No se requiere ensayo con lubiprostone en pacientes adultos varones con síndrome del intestino irritable y estreñimiento. Para pacientes con edades comprendidas entre 6 y 17 años con estreñimiento funcional: Prueba de otros agentes no requerida.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

—LIVTENCITY 200MG TAB

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	El profesional que receta certifica que el medicamento no será utilizado para la profilaxis de infección por CMV.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	Recetado por o consultado con un hematólogo, oncólogo o especialista en trasplantes o enfermedades infecciosas.
Duración de cobertura	Aprobado por 3 meses
Otro criterio	

Productos afectados

— LOKELMA 10GM POLVO PARA SUSPENSIÓN ORAL

— LOKELMA 5GM POLVO PARA SUSPENSIÓN ORAL

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Para solicitudes iniciales: El miembro tiene un nivel basal persistente mayor a 5.0 mmol/L. Para solicitudes de continuación: El miembro se beneficia del uso de este medicamento.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	Recetado por, o consultado con un nefrólogo, cardiólogo, hematólogo o endocrinólogo.
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— LONSURF 6.14-15MG TAB (solo nuevo comienzo)

— LONSURF 8.19-20MG TAB (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— LORBRENA 100MG TAB (solo nuevo comienzo)

— LORBRENA 25MG TAB (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Se proporciona documentación del linfoma anaplásico de células grandes ALK positivo.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— LUCEMYRA 0.18MG TAB

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	El ensayo con clonidina no tuvo ningún efecto o no fue tolerado
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	Recetado por o consultado con un profesional especializado en manejo del dolor o tratamiento de la adicción.
Duración de cobertura	Aprobado por 1 mes.
Otro criterio	Si el miembro comenzó con lofexidina en un centro de hospitalización y la solicitud es para continuar la terapia hasta por un total de 14 días, no se requiere un profesional que recete ni restricciones médicas.

Productos afectados

— LUMAKRAS 120MG TAB (solo nuevo comienzo)

— LUMAKRAS 320MG TAB (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Se proporciona documentación de la mutación KRAS G12C.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

- LUMRYZ 4.5GM GRANULADO PARA SUSPENSIÓN ORAL
- LUMRYZ 7.5GM GRANULADO PARA SUSPENSIÓN ORAL

- LUMRYZ 6GM GRANULADO PARA SUSPENSIÓN ORAL
- LUMRYZ 9GM GRANULADO PARA SUSPENSIÓN ORAL

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Para la somnolencia diurna excesiva con narcolepsia en adultos: Ninguna de las siguientes opciones tuvo algún efecto o no fueron toleradas: a) Sunosi Y b) ni modafinil ni armodafinil. Para la cataplejía con narcolepsia: Prueba de otros agentes no requeridos.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	Para la somnolencia diurna excesiva con narcolepsia: Se aporta documentación del polisomnograma nocturno completo utilizado para confirmar el diagnóstico. Para la cataplejía con narcolepsia: Se aporta documentación de uno de los siguientes para confirmar el diagnóstico: a) polisomnograma nocturno completo O b) concentración baja de orexina-A en el líquido cefalorraquídeo.

Productos afectados

— LUPKYNIS 7.9MG CAP

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Para continuación de la terapia: El miembro se beneficia del uso de este medicamento.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	Recetado por, o consultado con un especialista en reumatología o nefrología.
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	Para todas las solicitudes: No se utilizará en combinación con belimumab (Benlysta).

Productos afectados

—LYNPARZA 100MG TAB (solo nuevo comienzo)

—LYNPARZA 150MG TAB (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

- LYTGOBI 4MG ENVASE DE TABLETAS (DOSIS DIARIA DE 12 MG) (solo nuevo comienzo)
- LYTGOBI 4MG ENVASE DE TABLETAS (DOSIS DIARIA DE 20MG) (solo nuevo comienzo)
- LYTGOBI 4MG ENVASE DE TABLETAS (DOSIS DIARIA DE 16 MG) (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Se proporciona documentación sobre fusión FGFR2 u otro reordenamiento
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— MAVYRET 100-40MG TAB

— MAVYRET 50-20MG GRÁNULOS ORALES

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	1) Se proporciona el título actual de ARN-VHC 2) El miembro no tiene cirrosis descompensada 3) Uno de los siguientes: a) ningún tratamiento previo con un antiviral de acción directa para la hepatitis C, O b) tratamiento previo con un régimen basado en sofosbuvir y todo lo siguiente: i) El miembro no tiene genotipo 3 Y ii) Ningún tratamiento previo con un inhibidor de la proteasa NS3/4A.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	Recetado por o consultado con un gastroenterólogo, hepatólogo o especialista en enfermedades infecciosas o trasplantes.
Duración de cobertura	Duración de cobertura de 8 a 16 semanas. Se aplica en conformidad con los lineamientos AASLD-IDSA.
Otro criterio	

Productos afectados

— *megestrol acetato 125mg/ml susp*

— *megestrol acetato 40mg/ml susp*

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— *megestrol acetato 20mg tab (solo nuevo comienzo)*

— *megestrol acetato 40mg tab (solo nuevo comienzo)*

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

- MEKINIST 0.05MG/ML SOLUCIÓN ORAL (solo nuevo comienzo)
- MEKINIST 0.5MG TAB (solo nuevo comienzo)
- MEKINIST 2MG TAB (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Se proporciona documentación de la mutación BRAF V600E o V600E apropiada.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— MEKTOVI 15MG TAB (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Se proporciona documentación de la mutación BRAF V600E o V600E apropiada.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— inhalador nasal de mesilato de dihidroergotamina de 0.5mg/pulverización

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Los ensayos con dos triptanos diferentes no tuvieron efecto o no fueron tolerados.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— MOTEGRITY 1MG TAB

— MOTEGRITY 2MG TAB

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	El ensayo con Trulance no tuvo ningún efecto o no fue tolerado.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

- MOUNJARO 10MG/0.5ML AUTO-INYECTOR
- MOUNJARO 15MG/0.5ML AUTO-INYECTOR
- MOUNJARO 5MG/0.5ML AUTO-INYECTOR

- MOUNJARO 12.5MG/0.5ML AUTO-INYECTOR
- MOUNJARO 2.5MG/0.5ML AUTO-INYECTOR
- MOUNJARO 7.5MG/0.5ML AUTO-INYECTOR

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— MOVANTIK 12.5MG TAB

— MOVANTIK 25MG TAB

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

- ABELCET 5MG/ML INY
- *acetilcisteína 200mg/ml sol. p/inhalar*
- *albuterol 0.21mg/ml (0.63mg/3ml) sol. p/inhalar*
- *albuterol 1.25mg/3ml sol. p/nebulizar*
- AMPHOTERICIN B 50MG INY
- *aprepitant 125mg/aprepitant 80mg cap tratamiento completo*
- *aprepitant 80mg cap*
- *azatioprina 50mg tab*
- *budesonida 0.25mg/ml susp. p/inhalar*
- CLINIMIX 4.25/10 INY
- CLINIMIX 5/15 INY
- CLINIMIX E 5/5 INY
- CLINIMIX E 5/5 INY
- CLINIMIX E 5/20 INY
- CICLOFOSFAMIDA 25MG TAB
- *ciclosporina 100mg cap*
- *ciclosporina modificada 100mg cap*
- *ciclosporina modificada 25mg cap*
- INYECCIÓN PARA LA DIFTERIA/TOXOIDE TETÁNICA
- ENGERIX-B 20MCG/ ML INY
- ENVARUSUS XR 0.75MG TAB
- ENVARUSUS XR 4MG TAB
- *everolimus 0.5mg tab*
- *everolimus 1mg TAB*
- *formoterol fumarato 20mcg/2ml sol p/nebulizar*
- *sirolimus 100mg/ml solución oral*
- *glucosa 100mg/ml iny*
- INY GLUCOSA 100MG/ML/CLORURO DE SODIO 4.5MG/ML INY
- HEPLISAV-B 20MCG/0.5ML JERINGA
- *acetilcisteína 100mg/ml solución para inhalar*
- *acyclovir 50mg/ml inyección*
- *albuterol 0.83mg/ml (0.083%) sol. p/inhalar*
- ALBUTEROL 5MG/ML SOL. P/INHALAR
- *aprepitant 125mg cap*
- *aprepitant 40mg cap*
- *arformoterol tartrato 15mcg/2ml sol p/nebulizar*
- *budesonida 0.125mg/ml susp. p/inhalar*
- *budesonida 0.5mg/ml susp. p/inhalar*
- CLINIMIX 4.25/5 INY
- CLINIMIX 5/20 INY
- CLINIMIX E 5/10 INY
- CLINIMIX E 5/15 INY
- CLINIMIX E 5/15 INY
- CLINIMIX E 5/15 INY
- CICLOFOSFAMIDA 50MG TAB
- *ciclosporina 25mg cap*
- *ciclosporina modificada 100mg/ml solución oral*
- *ciclosporina modificada 50mg cap*
- ENGERIX-B 10MCG/0.5ML JERINGA
- ENGERIX-B 20MCG/ML JERINGA
- ENVARUSUS XR 1MG TAB
- *everolimus 0.25mg tab*
- *everolimus 0.75mg tab*
- FIASP 100 UNIDADES/ML INY
- *gengraf 100mg cap*
- *sirolimus 25mg cap*
- GLUCOSA 100MG/ML/CLORURO DE SODIO 2MG/ML
- *granisetron 1mg tab*
- HUMULIN R 500UNIT/ML INY

- IMOVAX 2.5UNIDADES/ML INY
- INSULINA LISPRO 100UNIDADES/ML INY
- INTRALIPID 30GM/100ML INY
- *ipratropio/albuterol 0.5-2.5mg/3ml sol. p/inhalar*
- *levalbuterol 0.63mg/3ml sol. p/inhalar*
- *levalbuterol 1.25mg/3ml sol. p/nebulizar*
- *metilprednisolona 32mg tab*
- *metilprednisolona 8mg tab*
- *mofetil micofenolato 250mg cap*
- *ácido micofenólico 180mg lr tab*
- NOVOLOG 100UNIDADES/ML INY
- *ondansetron 0.8mg/ml solución oral*
- *ondansetron 4mg tab*
- *ondansetron 8mg tab*
- *plenamina 15% iny*
- *prednisolona 3mg/ml solución oral*
- *prednisolona 5mg/ml solución oral*
- *prednisona 1mg tab*
- *everolimus 2.5mg tab*
- *everolimus 50mg tab*
- PREHEVBRIO 10MCG/ML INJ
- PROGRAF 0.2MG GRANULADO PARA SUSPENSIÓN ORAL
- PROSOL 20% INY
- RABAVERT 2.5UNIDADES/ML INY
- RECOMBIVAX 10MCG/ML JERINGA
- RECOMBIVAX 5MCG/ 0.5ML INY
- SANDIMMUNE 100MG/ML SOL. ORAL
- *sirolimus 1mg tab*
- *sirolimus 2mg tab*
- *tacrolimus 1mg cap*

- INSULINA ASPART HUMANA 100UNIDADES/ML INY
- INTRALIPID 20GM/100ML INY
- *bromuro de ipratropio 0.02% sol. p/inhalar*
- *levalbuterol 0.31mg/3ml sol. p/nebulizar*
- *levalbuterol 1.25mg/0.5ml sol. p/nebulizar*
- *metilprednisolona 16mg tab*
- *metilprednisolona 4mg tab*
- *mofetil micofenolato mofetil 200mg/ml susp*
- *mofetil micofenolato 500mg tab*
- *ácido micofenólico 360mg lr tab*
- NUTRILIPID 20GM/100ML INY
- *ondansetron 4mg odt*
- *ondansetron 8mg odt*
- *pentamidina isetionato 50mg/ml sol p/inhalar*
- *prednisolona 1mg/ml solución oral*
- *prednisolona 4mg/ml solución oral*
- *prednisona 10mg tab*
- PREDNISONA 1MG/ML SOL. ORAL
- *everolimus 20mg tab*
- *everolimus 5mg tab*
- PREMASOL 10% INY
- PROGRAF 1MG GRANULADO PARA SUSPENSIÓN ORAL
- PULMOZYME 1MG/ML SOL P/INHALAR
- RECOMBIVAX 10MCG/ML INY
- RECOMBIVAX 40MCG/ ML INY
- RECOMBIVAX 5MCG/0.5ML JERINGA
- *sirolimus 0.5mg tab*
- *sirolimus 1mg/ml solución oral*
- *tacrolimus 0.5mg cap*
- *tacrolimus 5mg cap*

- TDVAX 4-4UNIDADES/ML INY
- TENIVAC 4-10UNIDADES/ML JERINGA
- TRAVASOL 10% INY
- VARUBI 90MG TAB

- TENIVAC 4-10UNIDADES/ML INY
- ELECTROLITOS TPN INY
- TROPHAMINE 10% INY

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Es posible que este medicamento esté cubierto por la Parte B o D de Medicare dependiendo de las circunstancias. Es posible que se deba enviar información acerca de la descripción del uso y contexto del medicamento para tomar la decisión.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	
Otro criterio	

Productos afectados

- NATPARA 100MCG CARTUCHO
- NATPARA 50MCG CARTUCHO

- NATPARA 25MCG CARTUCHO
- NATPARA 75MCG CARTUCHO

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

—NERLYNX 40MG TAB (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— sorafenib 200mg tab (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— NEXLETOL 180MG TAB

— NEXLIZET 180-10MG TAB

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Para solicitudes iniciales: Uno de los siguientes: a) El nivel actual de LDL-C es mayor o igual a 70 mg/dL mientras recibe la cantidad máxima de estatina tolerada O b) El nivel actual de LDL-C es mayor o igual a 70 mg/dL Y el miembro es intolerante a la estatina. Para solicitudes de continuación: El miembro se beneficia del uso de este medicamento.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

- NINLARO 2.3MG CAP (solo nuevo comienzo)
- NINLARO 4MG CAP (solo nuevo comienzo)

- NINLARO 3MG CAP (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— *droxidopa 100mg cap*
— *droxidopa 300mg cap*

— *droxidopa 200mg cap*

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— NOURIANZ 20MG TAB

— NOURIANZ 40MG TAB

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Un agente de las dos clases siguientes no tuvo ningún efecto o no fue tolerado: a) inhibidor de la COMT Y b) inhibidor de la MAO-B.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— NOXAFIL 300MG POLVO PARA SUSPENSIÓN ORAL

— *posaconazol 100mg tab lr*

— *posaconazol 40mg/ml susp*

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— NUBEQA 300MG TAB (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Para cáncer de próstata hormonosensible metastásico: El ensayo con abiraterona no tuvo ningún efecto o no fue tolerado. Para el cáncer de próstata resistente a la castración no metastásico: Prueba de otros agentes no requeridos.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

- NUCALA 100MG INY
- NUCALA 100MG/ML JERINGA

- NUCALA 100MG/ML AUTO-INYECTOR
- NUCALA 40MG/0.4ML JERINGA

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Para solicitudes iniciales por asma: Antecedentes en último año de al menos 1 agudización del asma que ha requerido uno de los siguientes, a pesar del uso regular de corticosteroides inhalados, más otro(s) controlador(es) adicional(es): a) tratamiento con corticosteroides sistémicos, b) visita al departamento de emergencias O c) hospitalización. Para solicitudes iniciales de granulomatosis eosinofílica con poliangiitis (EGPA): Todas las siguientes: A) Una de las siguientes: 1) conteo de eosinófilos en sangre basal mayor o igual a 1000 células por microlitro O 2) conteo de eosinófilos en sangre basal mayor al 10% del conteo total de leucocitos B) El ensayo con terapia de corticosteroides orales no tuvo ningún efecto, fue contraindicado o no fue tolerado C) Uno de los siguientes no tuvo ningún efecto, fue contraindicado o no fue tolerado: a) ciclofosfamida O b) metotrexato. Para solicitudes iniciales por síndrome hipereosinofílico (HES): Ambas de las siguientes: A) Diagnóstico confirmado de conteo de eosinófilos en sangre mayor o igual a 1000 células por microlitro Y B) El síndrome hipereosinofílico ha persistido por al menos seis meses. Para solicitudes iniciales por pólipos nasales: Ninguna de las siguientes opciones tuvo algún efecto o no fueron toleradas: a) un corticosteroide oral Y b) un corticosteroide nasal. Para solicitudes de continuación (todos los diagnósticos): El miembro se beneficia del uso de este medicamento.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	Recetado por, o consultado con: Para el asma: un alergólogo, neumonólogo o inmunólogo. Para los pólipos nasales: un alergólogo, inmunólogo u otorrinolaringólogo. Para la EGPA: un alergólogo, neumonólogo o inmunólogo. Para la HES: un especialista en reumatología, alergólogo, neumonólogo, gastroenterólogo, hematólogo u otro especialista con experiencia en el diagnóstico y tratamiento de la HES
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	Para el asma (solicitudes iniciales): Fenotipo eosinofílico con concentración basal de eosinófilos en sangre superior o igual a 150 células/microlitro. Para el asma (todas las solicitudes): No se utilizará en combinación con otro producto inmunomodulador dirigido para la indicación prescrita.

Productos afectados

— NUEDEXTA 20-10MG CAP

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Para solicitudes iniciales: A) Se proporciona documentación (en forma de notas de tablas o imágenes) de una condición neurológica estructural como la causa de la afectación pseudobulbar. Para solicitudes de continuación, se deben cumplir ambas de las siguientes: A) Se proporciona documentación (en forma de notas de tablas o imágenes) de una condición neurológica estructural como la causa de la afectación pseudobulbar Y B) El miembro ha demostrado mejoras mientras recibe este medicamento.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— NUPLAZID 10MG TAB (solo nuevo comienzo)

— NUPLAZID 34MG CAP (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

- *armodafinil 150mg tab*
- *armodafinil 250mg tab*
- *modafinil 100mg tab*

- *armodafinil 200mg tab*
- *armodafinil 50mg tab*
- *modafinil 200mg tab*

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— NUZYRA 150MG TAB

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado por 1 mes.
Otro criterio	

Productos afectados

— OCALIVA 10MG TAB

— OCALIVA 5MG TAB

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	El miembro presenta una de las siguientes condiciones: a) respuesta inadecuada a un año de terapia con ursodiol O b) experimentó intolerancia al ursodiol.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	Recetado por, o consultado con un hepatólogo o gastroenterólogo.
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

- octreótido 0.05mg/ml iny
- octreótido 0.2mg/ml iny
- octreótido 1mg/ml iny

- octreótido 0.1mg/ml iny
- octreótido 0.5mg/ml iny

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— ODOMZO 200MG CAP (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— OFEV 100MG CAP

— OFEV 150MG CAP

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	<p>1) Para solicitudes por fibrosis pulmonar idiopática: A) Diagnóstico confirmado por una de las causas siguientes: i) Biopsia pulmonar quirúrgica que revela un patrón histopatológico de neumonía intersticial no específica (UIP) ii) La tomografía computarizada de alta resolución (HRCT) indica un patrón definido de UIP Y la biopsia pulmonar quirúrgica revela un patrón histopatológico de probable UIP Y B) El ensayo con pirfenidona no tuvo ningún efecto o no fue tolerado. 2) Para solicitudes iniciales por enfermedad pulmonar intersticial asociada a la esclerosis (ILD): A) Diagnóstico confirmado con la documentación proporcionada de los siguientes: i) escaneo HRCT y ii) pruebas de función pulmonar y b) El ensayo con mofetil micofenolato no tuvo ningún efecto o no fue tolerado. 3) Para solicitudes iniciales por EPI fibrosantes crónicas con un fenotipo progresivo: A) La enfermedad es progresiva, definida por una de las siguientes características durante los últimos 12 meses sin una explicación alternativa: i) empeoramiento de los síntomas respiratorios ii) uno de los siguientes: a) disminución de la capacidad vital forzada (CVF) del 5% o más O b) descenso corregido de la hemoglobina igual o superior al 10% O iii) evidencia radiológica de progresión de la enfermedad Y B) La progresión se produjo a pesar del tratamiento con uno de los siguientes: i) azatioprina ii) ciclosporina iii) mofetil micofenolato iv) tacrolimus v) corticosteroides orales equivalentes a 20 mg o más al día de prednisona vi) ciclofosfamida vii) rituximab. 4) Para solicitudes de continuación (todos los diagnósticos): El miembro se beneficia del uso de este medicamento.</p>
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— OLUMIANT 1MG TAB

— OLUMIANT 2MG TAB

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Para artritis reumatoide (solicitudes iniciales): Dos de los siguientes no tuvieron ningún efecto o no fueron tolerados: a) Humira Enbrel, c) Rinvoq OR d) Xeljanz. Para solicitudes de continuación: El miembro se beneficia del uso de este medicamento.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	Para la artritis reumatoide: Recetado por o consultado con un especialista en reumatología.
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— ONUREG 200MG TAB (solo nuevo comienzo)

— ONUREG 300MG TAB (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— OPSUMIT 10MG TAB

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Diagnóstico confirmado por cateterismo cardíaco derecho.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

- *fentanyl pastillas de 1200mcg*
- *fentanyl pastillas de 200mcg*
- *fentanyl pastillas de 600mcg*

- *fentanyl pastillas de 1600mcg*
- *fentanyl pastillas de 400mcg*
- *fentanyl pastillas de 800mcg*

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Tolerancia documentada a los opioides, definida como pacientes que toman durante todo el día medicamentos consistentes en al menos 60 mg de morfina oral al día, al menos 25 mcg de fentanilo transdérmico por hora, al menos 30 mg de oxicodona al día, al menos 8 mg de hidromorfona oral al día, o una dosis equianalgésica de otro opioide al día durante una semana o más.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

- ORENCIA 125MG/ML AUTO-INYECTOR
- ORENCIA 50MG/0.4ML JERINGA

- ORENCIA 125MG/ML JERINGA
- ORENCIA 87.5MG/0.7ML JERINGA

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Para artritis reumatoide (solicitudes iniciales): Dos de los siguientes no tuvieron ningún efecto o no fueron tolerados: a) Enbrel Humira, c) Rinvoq O d) Xeljanz. Para la artritis idiopática juvenil poliarticular (solicitudes iniciales): Dos de los siguientes no tuvieron ningún efecto o no fueron tolerados: a) Humira Enbrel O c) Xeljanz. Para la artritis psoriásica en adultos (solicitudes iniciales): Dos de los siguientes medicamentos no tuvieron ningún efecto o no fueron tolerados: a) Humira, b) Enbrel, c) Taltz, d) Stelara, e) Otezla, f) Skyrizi, g) Tremfya, h) Rinvoq O i) Xeljanz. Para la artritis psoriásica pediátrica (solicitudes iniciales), el ensayo de Enbrel no tuv ningún efecto o no fue tolerado. Para solicitudes de continuación (todos los diagnósticos): El miembro se beneficia del uso de este medicamento.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	Para la artritis reumatoide, artritis idiopática juvenil poliarticular y artritis psoriásica (adulto y pediátrico): Recetado por o consultado con un especialista en reumatología.
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

- ORENITRAM 0.125MG TAB LP
- ORENITRAM 1MG TAB LP
- ORENITRAM 5MG TAB LP
- ORENITRAM TAB LP ENVASE PARA TITULACIÓN 2° MES
- ORENITRAM 0.25MG TAB LP
- ORENITRAM 2.5MG TAB LP
- ORENITRAM TAB LP ENVASE PARA TITULACIÓN 1° MES
- ORENITRAM TAB LP ENVASE PARA TITULACIÓN 3° MES

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Diagnóstico confirmado por cateterismo cardíaco derecho.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

- *nitisinona 10mg cap*
- *nitisinona 2mg cap*
- ORFADIN 4MG/ML SUSP

- *nitisinona 20mg cap*
- *nitisinona 5mg cap*

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— ORGOVYX 120MG TAB (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

- ORKAMBI 125-100MG GRANULADO
- ORKAMBI 125-200MG TAB
- GRANULADO ORKAMBI 94-75MG GRANULADO

- ORKAMBI 125-100MG TAB
- ORKAMBI 188-150MG

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— ORSERDU 345MG TAB (solo nuevo comienzo)

— ORSERDU 86MG TAB (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Se proporciona documentación de la mutación ESR1.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— OSPHENA 60MG TAB

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Ninguna de las siguientes opciones tuvo algún efecto o no fueron toleradas: a) crema vaginal genérica con estradiol y b) crema vaginal Premarin.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— OTEZLA TRATAMIENTO INICIAL DE 28 DÍAS

— OTEZLA 30MG TAB

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Para úlceras orales asociadas con la enfermedad de Behcet (solicitudes iniciales): El ensayo de triamcinolona tópica en pasta oral al 0.1% no tuvo ningún efecto o no fue tolerado. Para la artritis reumatoide (solicitudes iniciales): Una de las siguientes opciones no tuvo ningún efecto o no fue tolerada: a) metotrexato O b) sulfasalazina. Para la placa psoriásica (solicitudes iniciales): Uno de los siguientes fármacos no tuvo ningún efecto o no fue tolerado: a) metotrexato a una dosis de al menos 10 mg/semana (o dosis máxima tolerada) O b) acitretina. Para solicitudes de continuación (todos los diagnósticos): El miembro se beneficia del uso de este medicamento.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	Para úlceras orales asociadas con la enfermedad de Behcet y artritis psoriásica: Recetado por, o consultado con un especialista en reumatología. Para la Placa Psoriásica: Recetado por, o consultado con un dermatólogo.
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	Para úlceras orales asociadas con la enfermedad de Behcet (solicitudes iniciales): Diagnóstico confirmado por la presencia de úlceras orales Y al menos dos de las siguientes: ulceración genital recurrente, lesiones oculares, lesiones cutáneas, prueba de patergia positiva. Para la artritis psoriásica y placa psoriásica (todas las solicitudes): No se utilizará en combinación con terapia biológica para la indicación prescrita.

Productos afectados

- OXBRYTA 300MG TAB
- ORAL OXBRYTA 500MG TAB

- OXBRYTA 300MG TAB PARA SUSP.

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Para solicitudes iniciales: Deben cumplirse los criterios 1 y 2 o el criterio 3: 1. El ensayo con la dosis máxima tolerada de hidroxiurea no tuvo ningún resultado o no fue tolerado. 2. El miembro ha tenido al menos 1 crisis vaso-oclusiva en los 12 meses anteriores, mientras recibía hidroxiurea (si procede). 3. El médico que prescribe es un hematólogo. Para solicitudes de continuación: El miembro se beneficia del uso de este medicamento.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	Recetado por, o consultado con un hematólogo.
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	Para todas las solicitudes: No se utilizará en combinación con crizanlizumab (Adakveo).

Productos afectados

— OXERVATE 0.002% OPHTH SOLUCIÓN

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	El ojo a tratar nunca ha recibido tratamiento con Oxervate en el pasado.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	Recetado por un oftalmólogo.
Duración de cobertura	Aprobado por 3 meses
Otro criterio	

Productos afectados

- OZEMPIC 2.68MG/ML LAP INY
- PLUMA OZEMPIC 4MG/3ML LAP INY

- OZEMPIC 2MG/3ML LAP INY

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

- PALYNZIQ 10MG/0.5ML JERINGA
- PALYNZIQ 20MG/ML JERINGA

- PALYNZIQ 2.5MG/0.5ML JERINGA

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	Recetado por o consultado con un médico genetista o un especialista en metabolismo.
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— PANRETIN 0.1% GEL (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

- PEMAZYRE 13.5MG TAB (solo nuevo comienzo)
- PEMAZYRE 9MG TAB (solo nuevo comienzo)

- PEMAZYRE 4.5MG TAB (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Se proporciona documentación de la fusión o reordenamiento del FGFR.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

- PIQRAY 200MG ENVASE DE DOSIS DIARIAS (solo nuevo comienzo) — PIQRAY 250MG DAILY DOSE PACK (solo nuevo comienzo)
- PIQRAY 300MG ENVASE DE DOSIS DIARIAS (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Se proporciona documentación de la mutación PIK3CA.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

- POMALYST 1MG CAP (solo nuevo comienzo)
- POMALYST 3MG CAP (solo nuevo comienzo)

- POMALYST 2MG CAP (solo nuevo comienzo)
- POMALYST 4MG CAP (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— PRALUENT 150MG/ML AUTO-INYECTOR

— PRALUENT 75MG/ML AUTO-INYECTOR

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	El ensayo con Repatha no tuvo ningún efecto o no fue tolerado.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— PREVYMIS 240MG TAB

— PREVYMIS 480MG TAB

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	El miembro iniciará/ha iniciado Prevyomis dentro de los 30 días posteriores a un trasplante alogénico de células madre hematopoyéticas o 7 días después de un trasplante de riñón.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	Recetado por o consultado con un hematólogo, oncólogo o especialista en trasplantes o enfermedades infecciosas.
Duración de cobertura	Aprobado por 8 meses para trasplante de células madre hematopoyéticas u 8 meses para trasplante de riñón.
Otro criterio	

Productos afectados

- PROMACTA 12.5MG POLVO PARA SUSPENSIÓN ORAL
- PROMACTA 25MG POLVO PARA SUSPENSIÓN ORAL
- PROMACTA 50MG TAB

- PROMACTA 12.5MG TAB
- PROMACTA 25MG TAB
- PROMACTA 75MG TAB

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

- PYRUKYND 20MG TAB (TRATAMIENTO PARA 4 SEMANAS)
- PYRUKYND 50MG TAB (TRATAMIENTO PARA 4 SEMANAS)
- PYRUKYND 5MG TAB DISMINUCIÓN PROGRESIVA

- PYRUKYND 20MG/50MG TAB DISMINUCIÓN PROGRESIVA
- PYRUKYND 5MG TAB (TRATAMIENTO PARA 4 SEMANAS)
- PYRUKYND 5MG/20MG TAB DISMINUCIÓN PROGRESIVA

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Para solicitudes iniciales: Diagnóstico de deficiencia de piruvato quinasa confirmado mediante pruebas genéticas (se proporciona documentación). Para solicitudes de continuación: El miembro se beneficia del uso de este medicamento.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	Recetado por o consultado con un hematólogo o un especialista en el tratamiento de la deficiencia de piruvato quinasa.
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— QINLOCK 50MG TAB (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— sulfato de quinina 324mg cap

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado por 1 mes.
Otro criterio	

Productos afectados

— RADICAVA 105MG/5ML SUSP

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Para solicitudes iniciales: El miembro tiene una puntuación de dos o más en cada ítem individual de la Escala Revisada de Valoración Funcional de la Esclerosis Lateral Amiotrófica (ALSFRS-R). Para solicitudes de continuación: El miembro se beneficia del uso de este medicamento.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	Recetado por, o consultado con un neurólogo.
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— REGRANEX 0.01% GEL

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

- RELISTOR 12MG/0.6ML INY
- RELISTOR 8MG/0.4ML JERINGA

- RELISTOR 12MG/0.6ML JERINGA

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Para el tratamiento del estreñimiento inducido por opioides (OIC, por sus siglas en inglés) en adultos con enfermedad avanzada que reciben cuidados paliativos: El ensayo con lactulosa no tuvo ningún efecto o no fue tolerado.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado por 4 meses
Otro criterio	

Productos afectados

— RELTONE 200MG CAP

— RELTONE 400MG CAP

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Los ensayos con ursodiol genérico en cápsulas de 300 mg no tuvieron efecto o no fueron tolerados
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— RELYVRIO 3-1GM EN POLVO

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Para solicitudes de continuación: El miembro se beneficia del uso de este medicamento.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	Recetado por, o consultado con un neurólogo.
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

- REPATHA 140MG/ML AUTO-INYECTOR
- REPATHA 420MG/3.5ML CARTUCHO

- REPATHA 140MG/ML JERINGA

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Para solicitudes iniciales: A) El nivel actual de Colesterol LDL es mayor o igual a 70 mg/dL Y B) En ensayo de 8 semanas o más con una de las siguientes terapias con estatinas de alta intensidad no tuvo ningún efecto o no fue tolerado: i) atorvastatina de 40 mg o más, ii) rosuvastatina de 20 mg o más, O iii) una combinación de productos que contienen una estatina de alta intensidad. Los criterios A) y B) no son necesarios para la HFHo. Para solicitudes de continuación: El miembro se beneficia del uso de este medicamento.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

- RETACRIT 10000 UNIDADES/ML INY
- RETACRIT 20000 UNIDADES/ML INY
- RETACRIT 3000 UNIDADES/ML INY
- RETACRIT 4000 UNIDADES/ML INY
- RETACRIT 20000UNIDADES/2ML INY
- RETACRIT 2000 UNIDADES/ML INY
- RETACRIT 40000 UNIDADES/ML INY

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— RETEVMO 40MG CAP (solo nuevo comienzo)

— RETEVMO 80MG CAP (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Se proporciona documentación acerca de la mutación RET o de la fusión del ge RET.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— *sildenafil 20mg tab*

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Diagnóstico confirmado por cateterismo cardíaco derecho.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

- lenalidomida 10mg cap (solo nuevo comienzo)
- lenalidomida 2,5mg cap (solo nuevo comienzo)
- lenalidomida 25mg cap (solo nuevo comienzo)
- REVLIMID 10MG CAP (solo nuevo comienzo)
- REVLIMID 2.5MG CAP (solo nuevo comienzo)
- REVLIMID 25MG CAP (solo nuevo comienzo)
- lenalidomida 15mg cap (solo nuevo comienzo)
- lenalidomida 20mg cap (solo nuevo comienzo)
- lenalidomida 5mg cap (solo nuevo comienzo)
- REVLIMID 15MG CAP (solo nuevo comienzo)
- REVLIMID 20MG CAP (solo nuevo comienzo)
- REVLIMID 5MG CAP (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

- REXULTI 0.25MG TAB (solo nuevo comienzo)
- REXULTI 1MG TAB (solo nuevo comienzo)
- REXULTI 3MG TAB (solo nuevo comienzo)
- REXULTI 0.5MG TAB (solo nuevo comienzo)
- REXULTI 2MG TAB (solo nuevo comienzo)
- REXULTI 4MG TAB (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Para la esquizofrenia: Dos de los siguientes no tuvieron ningún efecto o no fueron tolerados: a) aripiprazol, b) olanzapina, c) quetiapina, d) risperidona, e) ziprasidona, O f) lurasidona. Para el trastorno depresivo grave: El ensayo con aripiprazol no tuvo ningún efecto o no fue tolerado. Para la agitación asociada con la demencia debida a la enfermedad de Alzheimer: Ensayos con otros medicamentos no es necesario.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— REYVOW 100MG TAB

— REYVOW 50MG TAB

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Los ensayos con dos triptanos diferentes no tuvieron efecto o no fueron tolerados
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— REZLIDHIA 150MG CAP (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Se proporciona documentación de la mutación IDH1.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— REZUROCK 200MG TAB

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

- RINVOQ 15MG TAB LP
- RINVOQ 45MG TAB LP

- RINVOQ 30MG TAB LP

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Para artritis reumatoide (solicitudes iniciales): Una de las siguientes opciones no tuvo ningún efecto o no fue tolerada: a) Humira O b) Enbrel. Para la artritis reumatoide (solicitudes iniciales): Una de las siguientes opciones no tuvo ningún efecto o no fue tolerada: a) Humira O b) Enbrel. Para dermatitis atópica (solicitudes iniciales): Dos de las siguientes opciones no tuvieron ningún efecto o no fueron toleradas: a) un esteroide tópico de potencia media a muy alta, b) un inhibidor tópico de la calcineurina O c) un inmunosupresor oral. Para la colitis ulcerosa (solicitudes iniciales): El ensayo con Humira no tuvo ningún efecto o no fue tolerado. Para la espondilitis anquilosante (solicitudes iniciales): Una de las siguientes opciones no tuvo ningún efecto o no fue tolerada: a) Humira O b) Enbrel. Para la espondiloartritis axial no radiográfica (solicitudes iniciales): El ensayo con Cimzia no tuvo ningún efecto o no fue tolerado. Para la enfermedad de Crohn (solicitudes iniciales): El ensayo con Humira no tuvo ningún efecto o no fue tolerado. Para solicitudes de continuación (todos los diagnósticos): El miembro se beneficia del uso de este medicamento.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	Para la artritis reumatoide, la artritis psoriásica, la espondilitis anquilosante o la espondiloartritis axial no radiográfica: Recetado por, o consultado con un especialista en reumatología. Para la dermatitis atópica: Recetado por, o consultado con un alergólogo, inmunólogo o dermatólogo. Para la enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa: Recetado por o consultado con un gastroenterólogo.
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	Para dermatitis atópica (solicitudes iniciales): El miembro padece dermatitis atópica de moderada a grave definida como: 1) Una de las siguientes: a) afectación de la superficie corporal del 10 por ciento o más O b) Se aporta documentación gráfica de la gravedad con afectación de la cara, cabeza, cuello, manos, pies, ingle o zonas intertriginosas. Y 2) Al menos dos (2) de los siguientes: a) prurito intratable (picor), b) agrietamiento y supuración/sangrado de la piel O c) deterioro de las actividades de la vida diaria. Para la dermatitis atópica (todas las solicitudes): No se utilizará en combinación con otro producto inmunomodulador dirigido para la indicación prescrita.

Productos afectados

— ROZLYTREK 100MG CAP (solo nuevo comienzo)

— ROZLYTREK 200MG CAP (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Se proporciona documentación que demuestra uno de los casos siguientes: 1) reordenamiento del Gen ROS1 O 2) mutación de la fusión del gen NTRK.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

- RUBRACA 200MG TAB (solo nuevo comienzo)
- RUBRACA 300MG TAB (solo nuevo comienzo)

- RUBRACA 250MG TAB (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

- RYBELSUS 14MG TAB
- RYBELSUS 7MG TAB

- RYBELSUS 3MG TAB

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— RYDAPT 25MG CAP (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

vigabatrina 500mg polvo para solución oral (solo nuevo comienzo)
 – *vigadrone 500mg polvo para solución oral (solo nuevo comienzo)*

– *vigabatrina 500mg tab (solo nuevo comienzo)*
 – *vigadrone 500 mg (solo nuevo comienzo)*

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— SCEMBLIX 20MG TAB (solo nuevo comienzo)

— SCEMBLIX 40MG TAB (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Para la mutación T315I: se requiere fallo con o intolerancia a Iclusig.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

- SECUADO PARCHE DE 3.8MG/24HR (solo nuevo comienzo)
- SECUADO PARCHE DE 7.6MG/24HR (solo nuevo comienzo)

- SECUADO PARCHE DE 5.7MG/24HR (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Dos de los siguientes no tuvieron ningún efecto o no fueron tolerados: a) aripiprazol, b) olanzapina, c) quetiapina, d) risperidona, e) ziprasidona, f) lurasidona O g) asenapina oral.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

- SIGNIFOR 0.3MG/ML INY
- INJY SIGNIFOR 0.9MG/ML INY

- SIGNIFOR 0.6MG/ML

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

- SIMPONI 100MG/ML AUTO-INYECTOR
- SIMPONI 50MG/0.5ML AUTO-INYECTOR

- SIMPONI 100MG/ML JERINGA
- SIMPONI 50MG/0.5ML JERINGA

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Para artritis reumatoide (solicitudes iniciales): Dos de los siguientes no tuvieron ningún efecto o no fueron tolerados: a) Humira or Hadlima, b) Enbrel, c) Rinvoq O d) Xeljanz. Para la espondilitis anquilosante (solicitudes iniciales): Dos de las siguientes opciones no tuvieron ningún efecto o no fueron toleradas: a) Humira or Hadlima, b) Enbrel, c) Taltz d) Rinvoq O e) Xeljanz. Para la artritis reumatoide (solicitudes iniciales): Dos de los siguientes medicamentos no tuvieron ningún efecto o no fueron tolerados: a) Humira or Hadlima b) Enbrel, c) Taltz, d) Stelara, e) Otezla, f) Skyrizi, g) Tremfya, h) Rinvoq O i) Xeljanz. Para la colitis ulcerosa (solicitudes iniciales): Dos de los siguientes no tuvieron ningún efecto o no fueron tolerados: a) Humira or Hadlima b) Stelara, c) Rinvoq d) Xeljanz e)Skyrizi, O f)Tremfya. Para solicitudes de continuación (todos los diagnósticos): El miembro se beneficia del uso de este medicamento.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	Para la artritis reumatoide, la artritis psoriásica o la espondilitis anquilosante: Recetado por, o consultado con un especialista en reumatología. Para la colitis ulcerosa: Recetado por o consultado con un gastroenterólogo.
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— SIRTURO 100MG TAB

— SIRTURO 20MG TAB

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— SIVEXTRO 200MG INY

— SIVEXTRO 200MG TAB

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado por 6 meses
Otro criterio	

Productos afectados

- SKYRIZI 150MG/ML AUTO-INYECTOR
- SKYRIZI 180MG/1.2ML CARTUCHO

- SKYRIZI 150MG/ML JERINGA
- SKYRIZI 360MG/2.4ML CARTUCHO

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Para la placa psoriásica (solicitudes iniciales): Uno de los siguientes fármacos no tuvo ningún efecto o no fue tolerado: a) metotrexato a una dosis de al menos 10 mg/semana (o dosis máxima tolerada) O b) acitretina. Para la artritis reumatoide (solicitudes iniciales): Una de las siguientes opciones no tuvo ningún efecto o no fue tolerada: a) metotrexato O b) sulfasalazina. Para la enfermedad de Crohn (todas las solicitudes): Prueba de otros agentes no requerida. Para solicitudes de continuación (todos los diagnósticos): El miembro se beneficia del uso de este medicamento.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	Para la placa psoriásica: Recetado por, o consultado con un dermatólogo. Para la Artritis Psoriásica: Recetado por, o consultado con un especialista en reumatología. Para la enfermedad de Crohn: Recetado por o consultado con un gastroenterólogo.
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— diclofenac sódico 3% gel

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

- SOMAVERT 10MG INY
- SOMAVERT 20MG INY
- SOMAVERT 30MG INY

- SOMAVERT 15MG INY
- SOMAVERT 25MG INY

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

- SPRITAM 1000MG TAB PARA SUSP. ORAL (solo nuevo comienzo)
- SPRITAM 500MG TAB PARA SUSP. ORAL (solo nuevo comienzo)
- SPRITAM 250MG TAB PARA SUSP. ORAL (solo nuevo comienzo)
- SPRITAM 750MG TAB PARA SUSP. ORAL (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	El ensayo con levetiracetam genérico no tuvo ningún efecto o no fue tolerado
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

- SPRYCEL 100MG TAB (solo nuevo comienzo)
- SPRYCEL 20MG TAB (solo nuevo comienzo)
- SPRYCEL 70MG TAB (solo nuevo comienzo)
- SPRYCEL 140MG TAB (solo nuevo comienzo)
- SPRYCEL 50MG TAB (solo nuevo comienzo)
- SPRYCEL 80MG TAB (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

- STELARA 45MG/0.5ML INY
- STELARA 90MG/ML JERINGA

- STELARA 45MG/0.5ML JERINGA

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Para la placa psoriásica (solicitudes iniciales): Uno de los siguientes fármacos no tuvo ningún efecto o no fue tolerado: a) metotrexato a una dosis de al menos 10 mg/semana (o dosis máxima tolerada) o b) acitretina (no es necesario probar otros fármacos en pacientes menores de 18 años). Para la artritis reumatoide (solicitudes iniciales): Una de las siguientes opciones no tuvo ningún efecto o no fue tolerada: a) metotrexato O b) sulfasalazina. Para la colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn (todas las solicitudes): Prueba de otros agentes no requeridos. Para solicitudes de continuación (todos los diagnósticos): El miembro se beneficia del uso de este medicamento.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	Para la artritis psoriásica: Recetado por, o consultado con un especialista en reumatología. Para la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa: Recetado por o consultado con un gastroenterólogo. Para la placa psoriásica: Recetado por, o consultado con un dermatólogo.
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— STIVARGA 40MG TAB (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— SUCRAID 8500UNIT/ML SOLUCIÓN ORAL

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— SUNOSI 150MG TAB

— SUNOSI 75MG TAB

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Una de las siguientes opciones no tuvo ningún efecto o no fue tolerada: a) modafinil O b) armodafinil.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	Se aporta documentación del polisomnograma nocturno completo utilizado para confirmar el diagnóstico.

Productos afectados

- *sunitinib 12.5mg cap (solo nuevo comienzo)*
- *sunitinib 37.5mg cap (solo nuevo comienzo)*

- *sunitinib 25mg cap (solo nuevo comienzo)*
- *sunitinib 50mg cap (solo nuevo comienzo)*

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— SYMDEKO ENVASE DE 50-75MG/75MG

— SYMDEKO TAB TRATAMIENTO PARA 4 SEMANAS

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— SYMPROIC 0.2MG TAB

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— SYNAREL 2MG/ML INHALADOR NASAL

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— SYNRIPO 3.5MG INY (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— *trientina 250mg cap*

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— TABRECTA 150MG TAB (solo nuevo comienzo)

— TABRECTA 200MG TAB (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Se proporciona documentación de la mutación MET de omisión del exón 14.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

- TAFINLAR 10MG TAB PARA SUSP. ORAL (solo nuevo comienzo)
- TAFINLAR 50MG CAP (solo nuevo comienzo)
- TAFINLAR 75MG CAP (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Se proporciona documentación de la mutación BRAF V600E o V600K apropiada.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— TAGRISSO 40MG TAB (solo nuevo comienzo)

— TAGRISSO 80MG TAB (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Se proporciona documentación de la mutación EGFR apropiada.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— TALTZ 80MG/ML AUTO-INYECTOR

— TALTZ 80MG/ML JERINGA

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Para la placa psoriásica (solicitudes iniciales): Uno de los siguientes fármacos no tuvo ningún efecto o no fue tolerado: a) metotrexato a una dosis de al menos 10 mg/semana (o dosis máxima tolerada) o b) acitretina (no es necesario probar otros fármacos en pacientes menores de 18 años). Para la espondilitis anquilosante (EA) (solicitudes iniciales): El ensayo con sulfasalazina no tuvo ningún efecto o no fue tolerado (No se requiere ensayo con sulfasalazina para la EA con afectación axial predominante). Para la artritis reumatoide (solicitudes iniciales): Una de las siguientes opciones no tuvo ningún efecto o no fue tolerada: a) metotrexato O b) sulfasalazina. Para la espondiloartritis axial no radiográfica (solicitudes iniciales): El ensayo con medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINES) no tuvo ningún efecto o no fue tolerado. Para solicitudes de continuación (todos los diagnósticos): El miembro se beneficia del uso de este medicamento.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	Para la artritis psoriásica, la espondiloartritis axial no radiográfica y la espondilitis anquilosante: Recetado por, o consultado con un especialista en reumatología. Para la placa psoriásica: Recetado por, o consultado con un dermatólogo.
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

- TALZENNA 0.1MG CAP (solo nuevo comienzo)
- TALZENNA 0.35MG CAP (solo nuevo comienzo)
- TALZENNA 0.75MG CAP (solo nuevo comienzo)
- TALZENNA 0.25MG CAP (solo nuevo comienzo)
- TALZENNA 0.5MG CAP (solo nuevo comienzo)
- TALZENNA 1MG CAP (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

- erlotinib 100mg tab (solo nuevo comienzo)
- erlotinib 25mg tab (solo nuevo comienzo)

- erlotinib 150mg tab (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Se proporciona documentación de la mutación EGFR apropiada. Para el cáncer de páncreas: No se requiere documentación de la mutación EGFR.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— *bexaroteno 1% gel (solo nuevo comienzo)*

— *bexaroteno 75mg cap (solo nuevo comienzo)*

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

- TASIGNA 150MG CAP (solo nuevo comienzo)
- TASIGNA 50MG CAP (solo nuevo comienzo)

- TASIGNA 200MG CAP (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— tazaroteno 0.1% crema

— TAZORAC 0.05% CREMA

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— TAZVERIK 200MG TAB (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— TEPMETKO 225MG TAB (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Se proporciona documentación de la mutación MET de omisión del exón 14.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

- testosterona 1% (12.5mg/act) bomba de gel
- testosterona 1% (50mg) paquete de gel
- testosterona 1.62% (2.5gm) paquete de gel
- testosterona 30mg/act sol. tópica

- testosterona 1% (25mg) paquete de gel
- testosterona 1.62% (1.25gm)paquete de gel
- testosterona 1.62% (20.25mg/act) bomba de gel

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	A) Para solicitudes iniciales: se proporciona documentación de los niveles matutinos de testosterona en dos días distintos, que estén por debajo del rango para un adulto masculino saludable. B) Para solicitudes de continuación: El miembro se beneficia del uso de este medicamento.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— tetrabenazina 12.5mg tab

— tetrabenazina 25mg tab

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

- THALOMID 100MG CAP (solo nuevo comienzo)
- THALOMID 200MG CAP (solo nuevo comienzo)

- THALOMID 150MG CAP (solo nuevo comienzo)
- THALOMID 50MG CAP (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— TIBSOVO 250MG TAB (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Se proporciona documentación de la mutación IDH1.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— tobramicina 60mg/ml sol. p/inhalar

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	La aprobación se basará en la determinación de la cobertura del BvD.

Productos afectados

— *bosentan 125mg tab*

— *bosentan 62.5mg tab*

— TRACLEER 32MG TAB PARA SUSPENSIÓN ORAL

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Diagnóstico confirmado por cateterismo cardíaco derecho.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— TREMFYA 100MG/ML AUTO-INYECTOR

— TREMFYA 100MG/ML JERINGA

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Para la placa psoriásica (solicitudes iniciales): Uno de los siguientes fármacos no tuvo ningún efecto o no fue tolerado: a) metotrexato a una dosis de al menos 10 mg/semana (o dosis máxima tolerada) O b) acitretina. Para la artritis reumatoide (solicitudes iniciales): Una de las siguientes opciones no tuvo ningún efecto o no fue tolerada: a) metotrexato O b) sulfasalazina. Para colitis ulcerosa (todas las solicitudes): No se requiere prueba de otros agentes. Para solicitudes de continuación (todos los diagnósticos): El miembro se beneficia del uso de este medicamento.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	Para la Artritis Psoriásica: Recetado por, o consultado con un especialista en reumatología. Para la Placa Psoriásica: Recetado por, o consultado con un dermatólogo. Para la colitis ulcerosa: Recetado por o consultado con un gastroenterólogo.
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

- TRIKAFTA ENVASE DE 100-50-75MG/150MG
- TRIKAFTA ENVASE DE 50-37.5-25MG/75MG TAB

- TRIKAFTA 100-50-75MG/75MG GRANULADO
- TRIKAFTA 80-40-60MG/59.5MG GRANULADO

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

- TRULICITY 0.75MG/0.5ML AUTO-INYECTOR
- TRULICITY 3MG/0.5ML AUTO-INYECTOR

- TRULICITY 1.5MG/0.5ML AUTO-INYECTOR
- TRULICITY 4.5MG/0.5ML AUTO-INYECTOR

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— TUKYSA 150MG TAB (solo nuevo comienzo)

— TUKYSA 50MG TAB (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— TURALIO 125MG CAP (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

_ TYENNE 162MG/0.9ML AUTO-INJECTOR

TYENNE 162MG/0.9ML SYRINGE

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Para artritis reumatoide (solicitudes iniciales): Dos de los siguientes fueron ineficaces o no fueron tolerados: a) Enbrel, b) Humira, c) Rinvoq O d) Xeljanz. Para la artritis idiopática juvenil poliarticular (solicitudes iniciales): Dos de las siguientes opciones no tuvieron ningún efecto o no fueron toleradas: a) Humira, b) Enbrel c) Xeljanz O d) Rinvoq. Para arteritis de células gigantes (todas las solicitudes): Prueba de otros agentes no requeridos. Para la enfermedad pulmonar intersticial asociada a la esclerosis sistémica (solicitudes iniciales): a) El diagnóstico se confirma con la documentación proporcionada de los siguientes: i) escaneo HRCT y ii) pruebas de función pulmonar Y b) El ensayo con micofenolato no tuvieron ningún efecto o no fueron toleradas. Para la artritis idiopática juvenil sistémica (todas las solicitudes): Prueba de otros agentes no requeridos. Para solicitudes de continuación (todos los diagnósticos): El miembro se ha beneficiado con el uso de este medicamento.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	Para la artritis reumatoide, la artritis idiopática juvenil poliarticular, la artritis idiopática juvenil sistémica y la arteritis de células gigantes: Recetado por, o consultado con un especialista en reumatología. Para la enfermedad pulmonar intersticial asociada a la esclerosis sistémica: Recetado por, o consultado con, un neumólogo.
Duración de cobertura	Aprobado por la duración de 1 año.
Otro criterio	

Productos afectados

— *lapatinib 250mg tab (solo nuevo comienzo)*

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

- TYVASO 16-32-48MCG ENVASE PARA TITULACIÓN
- TYVASO 16MCG POLVO P/INHALAR
- TYVASO 32MCG POLVO P/INHALAR
- P/INHALAR TYVASO 64MCG POLVO P/INHALAR
- TYVASO 16-32MCG ENVASE PARA TITULACIÓN
- TYVASO 32-48MCG TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO
- TYVASO 48MCG IPOLVO

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Para todas las indicaciones: Diagnóstico confirmado por cateterismo cardíaco derecho. Para la hipertensión arterial pulmonar asociada a enfermedad pulmonar intersticial: Enfermedad pulmonar intersticial confirmada mediante tomografía computarizada de alta resolución (TCAR).
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— UBRELVY 100MG TAB

— UBRELVY 50MG TAB

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Ensayo con un triptano no tuvo efecto o no fue tolerado.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— *budesonida 2mg/act espuma rectal*

— *budesonida 9mg tab lp*

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	El ensayo con mesalamina no tuvo ningún efecto o no fue tolerado.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— VALCHLOR 0.016% GEL (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

- VELTASSA 16.8GM POLVO PARA SUSP. ORAL
- VELTASSA 8.4GM POLVO PARA SUSP. ORAL

- VELTASSA 25.2GM POLVO PARA SUSPENSIÓN ORAL

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Para solicitudes iniciales: El miembro tiene un nivel basal persistente mayor a 5.0 mmol/L. Para solicitudes de continuación: El miembro se beneficia del uso de este medicamento.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	Recetado por, o consultado con un nefrólogo, cardiólogo, hematólogo o endocrinólogo.
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

- VENCLEXTA 100MG TAB (solo nuevo comienzo)
- VENCLEXTA 50MG TAB (solo nuevo comienzo)

- VENCLEXTA 10MG TAB (solo nuevo comienzo)
- VENCLEXTA TAB STARTER PACK (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— VENTAVIS 10MCG/ML SOL. P/INHALAR

— VENTAVIS 20MCG/ML SOL. P/INHALAR

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Diagnóstico confirmado por cateterismo cardíaco derecho.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	La aprobación se basará en la determinación de la cobertura del BvD.

Productos afectados

- VERQUVO 10MG TAB
- VERQUVO 5MG TAB

- VERQUVO 2.5MG TAB

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

- VERZENIO 100MG TAB (solo nuevo comienzo)
- VERZENIO 200MG TAB (solo nuevo comienzo)

- VERZENIO 150MG TAB (solo nuevo comienzo)
- VERZENIO 50MG TAB (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— VICTOZA 18MG/3ML LAP INY

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

- VITRAKVI 100MG CAP (solo nuevo comienzo)
- VITRAKVI 25MG CAP (solo nuevo comienzo)

- VITRAKVI 20MG/ML SOL. ORAL (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Se proporciona documentación de la mutación de la fusión del gen NTRK.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

- VIZIMPRO 15MG TAB (solo nuevo comienzo)
- VIZIMPRO 45MG TAB (solo nuevo comienzo)

- VIZIMPRO 30MG TAB (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Se proporciona documentación de la mutación EGFR apropiada.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— VONJO 100MG CAP (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

- voriconazol 200mg iny
- voriconazol 40mg/ml susp

- voriconazol 200mg tab
- voriconazol 50mg tab

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado por 6 meses
Otro criterio	

Productos afectados

— VOSEVI 400-100-100MG TAB

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	1) Se proporciona el título actual de ARN-VHC 2) El miembro no tiene cirrosis descompensada 3) Se proporciona(n) tratamiento(s) previo(s) para la Hepatitis C.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	Recetado por o consultado con un gastroenterólogo, hepatólogo o especialista en enfermedades infecciosas o trasplantes.
Duración de cobertura	Duración de cobertura 12 semanas.
Otro criterio	El régimen de tratamiento se aprobará basándose en la experiencia previa de tratamiento, tal y como se define en los actuales lineamientos AASLD.

Productos afectados

— pazopanib 200mg tab (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— VOWST 30000000UNIT CAP

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Prueba de heces positiva para Clostridioides difficile en los últimos 60 días
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado por 1 mes.
Otro criterio	Para todas las solicitudes: No se utilizará en combinación con microbiota fecal, vivo para uso rectal (Rebyota) o bezlotoxumab (Zinplava)

Productos afectados

- VRAYLAR 1.5/3MG ENVASE MIXTO (solo nuevo comienzo)
 - 3MG CAP (solo nuevo comienzo)
 - VRAYLAR 6MG CAP (solo nuevo comienzo)
- VRAYLAR 1.5MG CAP (solo nuevo comienzo)
 - VRAYLAR 4.5MG CAP (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Dos de los siguientes no tuvieron ningún efecto o no fueron tolerados: a) aripiprazol, b) olanzapina, c) quetiapina, d) risperidona, e) ziprasidona, O f) lurasidona. Para el trastorno depresivo grave: El ensayo con aripiprazol no tuvo ningún efecto o no fue tolerado.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— VYNDAMAX 61MG CAP

— VYNDAQEL 20MG CAP

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Para solicitudes iniciales: Diagnóstico confirmado por una de las siguientes pruebas: A) Biopsia cardíaca con coloración rojo Congo positiva y confirmación de ATTR por espectrometría de masas o coloración de inmunofluorescencia O B) Todas las opciones siguientes: i) Relación de cadenas ligeras libres kappa/lambda en suero de 0,26 a 1,65 Y ii) Ausencia de proteínas monoclonales mediante inmunofijación de proteínas en suero Y iii) Ausencia de proteínas monoclonales mediante inmunofijación de proteínas en orina Y iv) Captación miocárdica de 99mTc-PYP demostrada por una relación corazón-contralateral superior a 1.5 o de grado 2 o una evidencia visual más grande. Para solicitudes de continuación: El miembro se beneficia del uso de este medicamento.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	Recetado por o consultado con un cardiólogo un otro proveedor experimentado en el tratamiento de la cardiomiopatía de la amiloidosis mediada por transtiretina.
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	Para todas las solicitudes: No se utilizará en combinación con Tegsedí, Onpattro o Amvuttra.

Productos afectados

— WAKIX 17.8MG TAB

— WAKIX 4.45MG TAB

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Para la somnolencia diurna excesiva con narcolepsia: Ninguna de las siguientes opciones tuvo algún efecto o no fueron toleradas: a) Sunosi Y b) ni modafinil ni armodafinil. Para la cataplejía con narcolepsia: Prueba de otros agentes no requeridos.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	Para la narcolepsia: Se aporta documentación del polisomnograma nocturno completo utilizado para confirmar el diagnóstico. Para la cataplejía: Se aporta documentación de uno de los siguientes para confirmar el diagnóstico: a) polisomnograma nocturno completo O b) concentración baja de orexina-A en el líquido cefalorraquídeo.

Productos afectados

— WELIREG 40MG TAB (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— XALKORI 200MG CAP (solo nuevo comienzo)

— XALKORI 250MG CAP (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Se proporciona documentación de enfermedad ALK-positiva o ROS1-positiva.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— XATMEP 2.5MG/ML SOL. ORAL

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Para la artritis idiopática juvenil poliarticular: El miembro no es capaz de tragar formas sólidas de dosis de metotrexato. Para la leucemia linfoblástica aguda: Prueba de otros agentes no requerida.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

- XELJANZ 10MG TAB
- XELJANZ 5MG TAB
- XELJANZ XR 22MG TAB

- XELJANZ 1MG/ML SOL. ORAL
- XELJANZ XR 11MG TAB

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Para artritis reumatoide (solicitudes iniciales): Una de las siguientes opciones no tuvo ningún efecto o no fue tolerada: a) Humira O b) Enbrel. Para la artritis idiopática juvenil (solicitudes iniciales): Una de las siguientes opciones no tuvo ningún efecto o no fue tolerada: a) Humira O b) Enbrel. Para la artritis reumatoide (solicitudes iniciales): Una de las siguientes opciones no tuvo ningún efecto o no fue tolerada: a) Humira O b) Enbrel. Para la espondilitis anquilosante (solicitudes iniciales): Una de las siguientes opciones no tuvo ningún efecto o no fue tolerada: a) Humira O b) Enbrel. Para la colitis ulcerosa (solicitudes iniciales): Fallo o intolerancia a Humira. Para solicitudes de continuación (todos los diagnósticos): El miembro se beneficia del uso de este medicamento.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	Para la artritis reumatoide, la artritis idiopática juvenil, la espondilitis anquilosante o la artritis psoriásica: Recetado por o consultado con un especialista en reumatología. Para la colitis ulcerosa: Recetado por o consultado con un gastroenterólogo.
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— XERMELO 250MG

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— XGEVA 120MG/1.7ML INY

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— XIFAXAN 550MG TAB

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	Para el diagnóstico de SII-D, la aprobación aumentará el límite de cantidad a 42 tabletas durante 14 días, con un máximo de tres surtidos por año de contrato.

Productos afectados

- XOLAIR 150MG INY
- XOLAIR 300MG/2ML AUTOINYECTOR
- XOLAIR 75MG/2ML AUTOINYECTOR
- XOLAIR 150MG/ML JERINGA
- XOLAIR 300MG/2ML JERINGA
- XOLARI 75MG/0.5ML JERINGA

- XOLAIR 150MG/ML AUTOINYECTOR

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Para solicitudes iniciales: Para el asma: Antecedentes en último año de al menos 1 agudización del asma que ha requerido uno de los siguientes, a pesar del uso regular de corticosteroides inhalados, más otro(s) controlador(es) adicional(es): a) tratamiento con corticosteroides sistémicos, b) visita al departamento de emergencias O c) hospitalización. Para la urticaria idiopática crónica: uno de los siguientes: a) el paciente sigue sintomático a pesar del tratamiento con antihistamínicos H1 O b) presenta intolerancia o contraindicación al tratamiento con antihistamínicos H1. Para los pólipos nasales A) Diagnóstico confirmado de pólipos nasales (véanse otros criterios) Y B) El ensayo con Dupixent no tuvo ningún efecto o no fue tolerado. Para alergia alimentaria mediada por IgE: diagnóstico confirmado de alergia alimentaria mediada por IgE (ver otros criterios). Para solicitudes de continuación (todos los diagnósticos): El miembro se beneficia del uso de este medicamento.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	Para el asma: Recetado por, o consultado con un alergólogo, neumonólogo o inmunólogo. Para la urticaria idiopática crónica: Recetado por, o consultado con un alergólogo, neumonólogo o inmunólogo. Para los pólipos nasales Recetado por consultado con un alergólogo, inmunólogo u otorrinolaringólogo. Para alergia alimentaria mediada por IgE: recetado o en consulta con un alergólogo o inmunólogo.
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	Para el asma (solicitudes iniciales): Documentación del diagnóstico por medio de una prueba cutánea positiva o una prueba RAST de sensibilidad alérgica específica. Para pólipos nasales (solicitudes iniciales): El diagnóstico se confirma con una tomografía computarizada de los senos paranasales Y aplican al menos cuatro de las siguientes: a) cirugía previa por poliposis nasal bilateral b) evidencia de inflamación de tipo 2 c) dos o más ciclos de corticosteroides orales necesarios en el año anterior d) deterioro significativo de la calidad de vida e) pérdida significativa del olfato f) diagnóstico de asma comórbida. Para alergia alimentaria mediada por IgE (solicitudes iniciales): Ambos de los siguientes: a) diagnóstico

Productos afectados

	respaldado por uno de los siguientes: i) prueba cutánea positiva o ii) prueba de IgE sérica positiva y b) diagnóstico confirmado por uno de los siguientes: i) provocación alimentaria oral positiva o ii) antecedentes de anafilaxia al alérgeno alimentario sospechoso. Para el asma (todas las solicitudes): No se utilizará en combinación con otro producto inmunomodulador dirigido para la indicación prescrita. ara alergia alimentaria mediada por IgE (todas las solicitudes): No se usará en combinación con alérgeno en polvo de maní (Palforzia).
--	--

Productos afectados

— XOSPATA 40MG TAB (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Se proporciona documentación de la mutación FLT3.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

- XPOVIO 100MG TRATAMIENTO UNA VEZ POR SEMANA (8-PACK) (solo nuevo comienzo)
- XPOVIO 40MG TRATAMIENTO DOS VECES POR SEMANA (8-PACK) (solo nuevo comienzo)
- XPOVIO 60MG TRATAMIENTO DOS VECES POR SEMANA (24 PACK) (solo nuevo comienzo)
- XPOVIO 80MG TRATAMIENTO DOS VECES POR SEMANA (32 PACK) (solo nuevo comienzo)
- XPOVIO 40MG TRATAMIENTO UNA VEZ POR SEMANA (4-PACK) (solo nuevo comienzo)
- XPOVIO 60MG TRATAMIENTO UNA VEZ POR SEMANA (4-PACK) (solo nuevo comienzo)
- XPOVIO 80MG TRATAMIENTO UNA VEZ POR SEMANA (8-PACK) (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

- XTANDI 40MG CAP (solo nuevo comienzo)
- XTANDI 80MG TAB (solo nuevo comienzo)

- XTANDI 40MG TAB (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA, Algunas indicaciones médicamente aceptadas
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Para el cáncer de próstata metastásico resistente a la castración y el cáncer de próstata metastásico sensible a la castración: El ensayo con abiraterona no tuvo ningún efecto o no fue tolerado. Para el cáncer de próstata resistente a la castración no metastásico: Dos de los siguientes no tuvieron ningún efecto o no fueron tolerados: a) Nubeqa y b) Erleada. Para el cáncer de próstata sensible a la castración no metastásico con recurrencia bioquímica con alto riesgo de metástasis: no se requiere ensayo con otros agentes. Para la reparación por recombinación homóloga del cáncer de próstata metastásico resistente a la castración con mutación genética en combinación con Talzenna: no se requiere ensayo con otros agentes.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— *miglustat 100mg cap*

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— ZAVZPRET 10MG/ACT NASAL SPRAY

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	El ensayo de un triptano no fue efecto o no fue tolerado.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

- ZEJULA 100MG CAP (solo nuevo comienzo)
- ZEJULA 200MG TAB (solo nuevo comienzo)

- ZEJULA 100MG TAB (solo nuevo comienzo)
- ZEJULA 300MG TAB (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— ZELBORAF 240MG TAB (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Se proporciona documentación de la mutación BRAF V600E o V600 apropiada.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— ZOLINZA 100MG CAP (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— ZONISADE 100MG/5ML SUSP (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	El miembro no es capaz de tragar formas sólidas de dosis de zonisamida.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— ZORYVE 0.3% CREMA

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Para la placa psoriásica: El ensayo con un corticosteroide tópico no tuvo ningún efecto o no fue tolerado.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	Recetado por o consultado con un dermatólogo.
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	Para la placa psoriásica (todas las solicitudes): No se utilizará en combinación con apremilast (Otezla), deucravacitinib (Sotyktu), tapinarof (Vtama) o terapia biológica para la indicación prescrita.

Productos afectados

— ZTALMY 50MG/ML SUSP (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Se proporciona documentación de la mutación CDKL5
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	Recetado por, o consultado con un neurólogo.
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— ZYDELIG 100MG TAB (solo nuevo comienzo)

— ZYDELIG 150MG TAB (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	

Productos afectados

— ZYKADIA 150MG TAB (solo nuevo comienzo)

Criterio AP	Detalles de criterios
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D.
Criterio de exclusión	
Información médica requerida	Se proporciona documentación del linfoma anaplásico de células grandes ALK positivo.
Restricciones de edad	
Restricciones del profesional que receta	
Duración de cobertura	Aprobado para 1 año de duración.
Otro criterio	