

NINLARO

Medicamentos

Ninlaro Oral Cap 2.3 mg, 3 mg, 4 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico:

1. En combinación con lenalidomida y dexametasona para el tratamiento de pacientes con mieloma múltiple que han recibido al menos un tratamiento previo.
2. Tratamientos previos
3. Protocolo – Utilización con lenalidomida y dexametasona.

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Hematólogo, oncólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

NORTHERA

Medicamentos

Nothera Oral Cap 100 mg, 200 mg, 300 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de hipotensión ortostática neurogénica (NOH), causada por fallo primario autónomo (por ejemplo, enfermedad de Parkinson, atrofia de múltiples sistemas, o fallo autonómico puro), la deficiencia de beta-hidroxilasa de dopamina, o neuropatía autonómica no diabética.

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Ninguna

Duración de Cubierta

30 días

Otros Criterios

Ninguno

Medicamentos

Nucala Inj vial 100mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de:

A. Asma grave como tratamiento complementario de mantenimiento, y con un fenotipo eosinofílico, el afiliado tenía un historial de 2 o más exacerbaciones en el año anterior a pesar del uso regular de corticosteroides inhalados en dosis altas más un controlador adicional para el asma (a menos que sea intolerante o contraindicado). O

B. Granulomatosis eosinofílica con poliangéitis (EGPA) en pacientes con diagnóstico de EGPA durante al menos 6 meses con antecedentes de enfermedad recurrente o refractaria y con una dosis estable de prednisona oral o prednisona de 7.5 mg / día o mayor

2. Diferencial de CBC, Conteo de eosinófilos de más de 150 células por mcl.

Restricción de Edad

Asma 12 años o más. EGPA, 18 años o más

Restricción de Médico

Neumólogo, alergista o inmunólogo

Duración de Cubierta

Inicial – 6 meses

Continuación – 12 meses

Otros Criterios

Sujeto a revisión de beneficio B vs D. Para la continuación: El paciente ha mejorado en su condición, demostrado por una disminución en el uso de corticosteroides /orales sistémicos.

NUEDEXTA

Medicamentos

Nuedexta 20 mg/10 mg Oral Cap

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Ninguno

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Neurologo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

NUPLAZID

Medicamentos

Nuplazid Oral Tab. 17 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Pacientes ancianos con psicosis relacionada a demencia.

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico: Alucinaciones y delirios asociados a la psicosis por enfermedad de parkinson Y el paciente presenta TODO lo siguiente: a. El médico ha intentado ajustar los medicamentos para parkinson con el fin de reducir la psicosis sin empeorar los síntomas motores antes de solicitar Nuplazid. b. “Mini-mental Status Exam”(MMSE) con una puntuación mayor o igual a 21.

Restricción de Edad

18 años o más.

Restricción de Médico

Psiquiatra, neurólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Medicamentos

Armodafinil Oral Tab 50mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de uno de los siguientes:

A) somnolencia excesiva asociada con síndrome de apnea obstructiva del sueño (AOS) / hipopnea confirmada por evaluación del laboratorio del sueño (por ejemplo, prueba de latencia múltiple del sueño, polisomnografía) y documentación de somnolencia excesiva residual O

B) somnolencia excesiva asociada con Narcolepsia confirmada por la evaluación del laboratorio del sueño (Ej. Prueba de latencia del sueño múltiple, polisomnografía) y el paciente ha intentado y fracasado, es incapaz de tolerar o tiene contraindicaciones a al menos otro estimulante del sistema nervioso central (por ejemplo, metilfenidato, sales mixtas, dextroanfetamina) O

C) el diagnóstico de somnolencia excesiva asociado con el trastorno del trabajo por turnos confirmado por la evaluación del laboratorio del sueño y la alteración del sueño ha persistido durante al menos tres meses.

Restricción de Edad

17 años o más.

Restricción de Médico

Neurólogo, Especialista en medicina del sueño, Psiquiatra.

Duración de Cubierta

Síndrome de OSA / hipopnea - 6 meses (iniciales), 12 meses (renovación). Otros diagnósticos - 12 meses

Otros Criterios

Ninguno

ODOMZO

Medicamento

Odomzo 200 mg Oral Cap.

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Embarazo

Información Médica Requerida

Diagnóstico: Carcinoma de células basales localmente avanzado (BCC) recurrente después de cirugía o radioterapia, o aquellos pacientes que no son candidatos a cirugía o radioterapia.

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Hematólogo, oncólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Medicamento

Osev Oral Cap 100mg

Osev Oral Cap 150mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de la fibrosis pulmonar idiopática confirmada por una tomografía computarizada de alta resolución o biopsia Y
2. Paciente no tiene evidencia o sospecha de diagnóstico de enfermedad pulmonar intersticial alterna Y
3. Pruebas de función hepática han sido realizadas antes del inicio de la terapia Y
4. Paciente tiene una capacidad vital forzada (FVC) mayor o igual a 50% de lo predicho.

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Neumólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Para continuación del tratamiento, paciente estabilizado o muestra una disminución de menos del 10 por ciento en la fuerza de la capacidad vital y no ha experimentado elevaciones de AST o ALT superiores a 5 veces el límite superior de lo normal o superior a 3 veces el límite superior de lo normal con signos o síntomas de daño hepático grave.

OPSUMIT

Medicamento

Opsumit 10 mg Oral Tab.

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Embarazo

Información Médica Requerida

Diagnóstico de hipertensión arterial pulmonar según la definición de grupo de la OMS 1 y confirmado por cateterismo cardíaco derecho. Prueba de embarazo en mujeres de potencial reproductivo antes de la iniciación. Enzimas hepáticas basales

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Neumólogo, Cardiólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Para pacientes féminas se requiere participación en Programa REMS.

ORFADIN

Medicamentos

Orfadin Oral Cap 2 mg, 5 mg, 10 mg, 20 mg

Orfadin Oral Susp. 4mg/ml

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Peso

Restricción de Edad

Ninguno

Restricción de Médico

Nefrólogo, gastroenterólogo, hematólogo, genetista, endocrinólogo o especialista en metabolismo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

Medicamentos

Orkambi Oral Tab 200 mg/125 mg

Orkambi Oral Tab 100 mg/125 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de fibrosis quística Y paciente homocigótico para la mutación F508 del gen CFTR, documentado por una prueba de mutación de fibrosis quística aprobada por la FDA. Valor FEV1. Medidas de transaminasas y la bilirrubina séricas antes de iniciar.

Restricción de Edad

2 años o mayor

Restricción de Médico

Neumólogo

Duración de Cubierta

Inicio 6 meses. Renovación 6 meses

Otros Criterios

Para renovación de tratamiento, el paciente se ha experimentado beneficiado de la terapia (es decir, mejora en la función pulmonar [FEV1], disminución del número de exacerbaciones pulmonares)

OTROS MEDICAMENTOS RESPIRATORIOS

Medicamentos

Zemaira Inj. Sol. 50 mg/ml

Prolastin Inj Sol. 50 mg/ml

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Aralast- pacientes con enfermedad pulmonar en los que no se ha establecido una deficiencia congénita de alfa 1 -PI. Pacientes deficientes en inmunoglobulina A (IgA) con anticuerpos contra IgA

Información Médica Requerida

Ninguna

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Neumólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Sujeto a revisión B vs D

PANRETIN

Medicamentos

Panretin 0.1 % Topical Gel

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Ninguna

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

PEGASYS

Medicamentos

Pegasys Inj.Sol. 0.18mg/ml

Pegasys Prefilled Syringe 0.36 mg/ml

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Hepatitis autoinmune. Descompensación hepática en pacientes con cirrosis.

Información Médica Requerida

Diagnóstico de:

1. Hepatitis B Crónica O
2. Hepatitis C Crónica

Restricción de Edad

VHC: 18 años de edad o mayores si la terapia es triple (Pegasys+Sovaldi+RBV). Otros, de 5 años de edad o mayores.

Restricción de Médico

Médico especialista en enfermedades infecciosas, gastroenterólogo, hepatólogo, o un médico de trasplante

Duración de Cubierta

Los criterios se aplicarán de acuerdo a las guías actuales de la AASLD-IDSA.

Otros Criterios

Para la renovación del VHC, la aprobación se basa en los requisitos delineados en el etiquetado aprobado por la FDA y consistentes con la guía actual de AASLD-IDSA, incluida la carga viral, la presencia de cirrosis y la respuesta a un tratamiento previo.

INHIBIDORES DE FOSFODIESTERASA-5 PARA PAH

Medicamentos

Revatio Oral Suspension 10 mg / ml
Sildenafil Oral Tab 20 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

1. Uso para disfunción eréctil
2. Pacientes que utilizan nitratos

Información Médica Requerida

Diagnóstico de la hipertensión arterial pulmonar según la definición de grupo de la OMS 1 y confirmado por cateterismo cardíaco derecho.

Restricción de Edad

18 años de edad o más

Restricción de Médico

Neumólogo, Cardiólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

PREVYMIS

Medicamentos

Prevymis Oral Tab 240 mg

Prevymis Oral Tab 480 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Paciente recibe uso concomitante con: Orap (pimozida) O alcaloides ergóticos, pacientes que reciben uso concomitante con Livalo (pitavastatin) O Zocor (simvastatin) cuando se coadministran con ciclosporina.

Información Médica Requerida

Diagnóstico: Infección por citomegalovirus (CMV), profilaxis y enfermedad en adultos receptores seropositivos al CMV [R+] de un trasplante de células madre hematopoyéticas alogénicas (HSCT)

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo, Especialista en Enfermedades Infecciosas.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

PROLIA

Medicamentos

Prolia Inj 60 mg/ml

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Embarazo, Hipocalcemia

Información Médica Requerida

Paciente está en alto riesgo de fractura definido como uno de los siguientes: Historial personal de fracturas de bajo trauma como adulto, Antecedentes de fractura osteoporótica en un familiar de primer grado, uso simultáneo de corticosteroides sistémicos (dosis media de más de 5 mg de prednisona por día), tabaquismo concurrente, bajo peso corporal inferior a 127 libras, baja densidad mineral ósea (T-score de -2.5 o menor) Y diagnóstico de uno de los siguientes: El paciente es una mujer y está recibiendo terapia adyuvante de inhibidores de la aromatasas para cáncer de mama. 2. El paciente es una mujer o varón con osteoporosis inducida por glucocorticoides en alto riesgo de fracturas 3. El paciente es un varón y está recibiendo terapia de privación de andrógenos para cáncer de próstata no metastásico. 4. El paciente es un varón o mujer posmenopáusica con un diagnóstico de osteoporosis Y el paciente tiene historial y fallo documentado de uso con un bisfosfonato (fracaso se define como nuevas fracturas en pacientes cumplidores) O contraindicación o intolerancia a la terapia con bifosfonatos o no puede cumplir con las recomendaciones de administración apropiadas para la terapia con bifosfonatos oral o inyectable Y El paciente tiene una hipocalcemia pre-existente y una deficiencia de Vitamina D corregida antes de la administración del medicamento.

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Endocrinólogo

Reumatólogo

Ginecólogo

Oncólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Sujeto a revisión de beneficio B vs D.

PROMACTA

Medicamentos

Promacta Oral Tab 12.5 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D. Trombocitopenia debido a cirrosis relacionada al virus de hepatitis C (VHC).

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de:

- 1) trombocitopenia crónica inmune (idiopática) que ha tenido respuesta insuficiente a los corticosteroides, inmunoglobulinas o esplenectomía O
- 2) Trombocitopenia en pacientes con hepatitis C crónica para permitir el inicio y mantenimiento de la terapia basada en interferón O
- 3) Anemia aplásica severa que ha tenido respuesta insuficiente a la terapia inmunosupresora

Restricción de Edad

1 años o más.

Restricción de Médico

Tratamiento de la trombocitopenia debida a trombocitopenia púrpura inmunológica idiopática (ITP), aprobar si se prescribe por, o después de consultar con un hematólogo. Para el tratamiento trombocitopenia por cirrosis relacionada con el VHC, aprobar si es prescrito por un hematólogo, gastroenterólogo, hepatólogo o un médico que se especializa en enfermedades infecciosas, o después de consultarlo.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Para el tratamiento de trombocitopenia debida a la cirrosis relacionada con el VHC, aprobar para permitir el inicio de la terapia antiviral.

QUETIAPINE

Medicamentos

Quetiapine Fumarate Oral Tab 25 mg, 50 mg

Quetiapine XR 50mg, 150mg, 200mg, 300mg, 400mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Psicosis relacionada con demencia

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de la esquizofrenia, trastorno bipolar ó trastorno de depresión mayor.
2. Para el diagnóstico de trastorno de depresión mayor Se requiere documentación de la respuesta inadecuada al tratamiento antidepresivo.

Restricción de Edad

10 años o más

Restricción de Médico

Ninguno

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Quetiapine ER: hay documentado prueba y fracaso de quetiapina de acción inmediata. Para evidenciar uso previo, el medico deberá proporcionar documentación del historial médico o de las reclamaciones de farmacia procesadas a través de otro beneficio, para cumplir con la evidencia de utilización anterior. Los pacientes ancianos con psicosis relacionada con demencia tratados con fármacos antipsicóticos tienen un mayor riesgo de muerte. Hay un mayor riesgo de pensamientos y conductas suicidas en niños, adolescentes y adultos jóvenes que toman antidepresivos. Monitorear pacientes.

RANEXA

Medicamentos

Ranexa Oral Tab Extended Release 12 HR 500 mg & 1000 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Uso concurrente de inductores de CYP3A e inhibidores fuertes de CYP3A. Cirrosis hepática.

Información Médica Requerida

Ninguna

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Cardiólogo o profesional de la medicina interna.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

RAVICTI

Medicamentos

Ravicti Oral Sol. 1100 mg/ml

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Para uso como agente aglutinante de nitrógeno para el tratamiento crónico de pacientes con trastornos del ciclo de la urea (UCD) que no puede tratarse con restricción de proteínas dietéticas y/o solamente con suplementación de aminoácidos.

Restricción de Edad

2 meses o mayor

Restricción de Médico

Especialista en el trastorno del ciclo de la urea (UCD)

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

REGRANEX

Medicamentos

Regranex 0.01 % External Topical Gel

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

1. Prevención de úlceras/heridas
2. Tratamiento de primera línea en úlceras/heridas en etapa II. Cuidados estándares de úlceras/heridas, deben ser primera línea de tratamiento.
3. Tratamiento para heridas/úlceras en etapa I.
4. Neoplásia en el lugar de aplicación

Información Médica Requerida

Ninguna

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Ninguna

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Gel de blecapermina al 0.01% debe ser utilizado como terapia complementaria, y no como un sustituto al buen cuidado de úlceras/heridas, incluyendo debridamiento, alivio de presión y control de infección.

REPATHA

Medicamentos

Rapatha Prefilled Syringe 140 mg/ml

Rapatha Autoinjector 140 mg/ml

Repatha Cartridge 120 mg/ml

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Monoterapia

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico 1) Hipercolesterolemia familiar - homocigota Y tiene una reclamación concurrente para otra terapia reductora de lípidos (estatinas o ezetimiba). 2) Hipercolesterolemia familiar heterocigótica primaria Y tiene una reclamación concurrente para estatinas máxima tolerada (rosuvastatina o atorvastatina). 3) Hipercolesterolemia primaria, enfermedad cardiovascular aterosclerótica, Y tiene una reclamación concurrente para estatina (rosuvastatina o atorvastatina), y el paciente tiene por lo menos 90 días consecutivos de dosis máxima tolerada de atorvastatina o rosuvastatina y 90 días consecutivos de terapia con ezetimibe En los últimos 180 días. Intolerancia a estatina: documentación en expediente médico con uno de los siguientes: 1) Síntomas musculares intolerables y persistentes (es decir, más de 2 semanas) (por ejemplo, dolor muscular, debilidad, calambres) con TODOS los siguientes: a. El paciente ha tomado al menos UNA estatina en combinación con Zetia (ezetimibe): con reaparición documentada de los síntomas musculares. 2) Hepatotoxicidad intolerable y persistente con TODOS los siguientes: a. Documentación que indica elevaciones persistentes (mayor que 3 veces el límite superior de la normalidad que ocurre en 2 ocasiones más) de las transaminasas séricas o la presencia de ictericia. b. Se han descartado causas secundarias de elevaciones en los niveles de transaminasas hepáticas (por ejemplo, infección, medicamentos, suplementos de hierbas). 2. LDL.

Restricción de Edad

13 años o mayor

Restricción de Médico

Cardiólogo, endocrinólogo

Duración de Cubierta

Tratamiento inicial – 3 meses

Continuación – 6 meses

Otros Criterios

Para continuación de terapia. El paciente tiene que mostrar respuesta clínica con la disminución de LDL-C desde el inicio de la terapia de inhibidores de PCSK9.

RESTASIS

Medicamentos

Restasis Ophthalmic Emulsion 0.05%

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de keratoconjuntivitis Sicca (KCS)

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Oftalmólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

REVLIMID

Medicamentos

Revlimid Oral Cap 2.5 mg, 5 mg, 10 mg, 15 mg, 20 mg, 25 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Embarazo. Tratamiento de pacientes con leucemia linfocítica crónica (LLC)

Información Médica Requerida

Diagnóstico de uno de los siguientes: 1. Mieloma múltiple (MM), en combinación con dexametasona. 2. MM, como mantenimiento tras el trasplante autólogo de células madre hematopoyéticas (auto-HSCT). 3. Anemia dependiente de transfusión debida a síndromes mielodisplásicos de riesgo bajo o intermedio 1 (SMD) asociados con una anomalía de delección 5q con o sin anomalías citogenéticas adicionales. 4. Linfoma de células del manto (MCL) cuya enfermedad ha re aparecido o progresado después de dos terapias anteriores, una de las cuales incluyó bortezomib.

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo, especialista en Enfermedades Infecciosas

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Revlimid REMS

RIBAVIRIN

Medicamentos

Ribavirin Oral Cap. 200 mg
Ribavirin Oral Tab 200 mg
Ribasphere Oral Cap. 200 mg
Ribasphere Oral Tab 200 mg, 400 mg, 600 mg
Moderiba Oral Tab 200 mg
Rebetol Oral Solution 40 mg/ml

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

La coadministración con didanosina, hemoglobinopatía, embarazo, pancreatitis, CrCL menos de 50 ml/min, hepatitis autoinmune.

Información Médica Requerida

Debe ser utilizado en combinación y no como monoterapia. Para continuación del tratamiento: CBC, prueba de embarazo negativa antes de comenzar el tratamiento en pacientes féminas con riesgo de quedar embarazadas.

Restricción de Edad

3 años de edad o mayor

Restricción de Médico

Gastroenterólogo, Hepatólogo, Médico especialista en Enfermedades Infecciosas

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

RILUTEK

Medicamentos

Riluzole Oral Tab 50 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Ninguna

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Neurólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

RUBRACA

Medicamentos

Rubraca Oral Tab 200 mg, 250 mg, 300 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1. Indicado para el tratamiento de alguno de los siguientes:
 - a. Tratamiento de mantenimiento en paciente adulto con cáncer de ovario epitelial recurrente, cáncer de trompa de falopio, o cáncer peritoneal primario que responde total o parcialmente a tratamiento de quimioterapia basada en platino O
 - b. Pacientes adultos con cáncer de ovario epitelial con la mutación de BRCA nociva (Línea germinal y/o somática, detectada por una prueba de laboratorio aprobada por la FDA), cáncer de la trompa de Falopio o cáncer peritoneal primario asociado y que han sido tratados con 2 o más quimioterapias.
2. Mujeres con potencial reproductivo: Uso de métodos anticonceptivos efectivos durante la terapia.

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Hematólogo - Oncólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Debe ser cubierto por la Parte D.

RYDAPT

Medicamentos

Rydapt Oral Cap. 25 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de uno de los siguientes:

1. Leucemia mieloide aguda recientemente diagnosticada (LMA) que es positiva a la mutación FLT3, según detectada en una prueba aprobada por la FDA, en combinación de inducción estándar con citarabina y daunorrubicina y consolidación de citarabina, OR
2. Mastocitosis sistémica agresiva (ASM), con neoplasia hematológica asociada (SM-AHN) o leucemia de mastocitos (MCL).

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Hematólogo - Oncólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Debe estar cubierto por el beneficio de la Parte D. RYDAPT no está indicado como terapia de inducción como solo agente para el tratamiento de pacientes con LMA.

SABRIL

Medicamentos

Sabril Oral Tab 500 mg

Vigabatrin Oral Sol.Pack 500 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Ninguna

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Neurólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

SAVELLA

Medicamentos

Savella Oral Tab 12.5 mg, 25 mg, 50 mg, 100 mg
Savella 4 Week Titration Pack

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

El uso concomitante con inhibidores MAO

Información Médica Requerida

Ninguna

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Ninguna

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

SIGNIFOR

Medicamentos

Signifor Inj. Sol. 0.3 mg / ml, 0.6 mg / ml, 0.9 mg / ml

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico de Enfermedad de Cushing (pituitaria) y la cirugía pituitaria no es una opción o no ha sido curativo.
2. El nivel base de orina de 24 horas de cortisol libre es igual o superior a 1.5 veces el límite superior de la normalidad.
3. Fallo de al menos un agente antes de utilizarse en el tratamiento de la enfermedad de Cushing (ketoconazol, mitotano, o metirapona) o contraindicación a todos los agentes.

Restricción de Edad

18 años de edad

Restricción de Médico

Endocrinólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Para continuación de terapia: El nivel de cortisol libre en orina de 24 horas, nivel de cortisol libre y paciente tolera el tratamiento.

SIRTURO

Medicamentos

Sirturo Oral Tab 100 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de la tuberculosis resistente a múltiples fármacos, en combinación con al menos otros 3 agentes. Monitorear el ECG y la función hepática antes de iniciar el tratamiento.

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Especialista en enfermedades Infecciosas o especialista TB.

Duración de Cubierta

24 semanas

Otros Criterios

No se recomienda, Fumarato de Bedaquiline para el tratamiento de la tuberculosis sensible a medicamentos, infección latente por *Mycobacterium tuberculosis*, tuberculosis extrapulmonar (por ejemplo, CNS), o para el tratamiento de infecciones por micobacterias no tuberculosas.

SIVEXTRO

Medicamentos

Sivextro Oral Tab 200 mg

Sivextro Inj Sol 50 mg/ml

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Cultivo

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

1. Médico especialista en enfermedades infecciosas
2. Dermatólogo
3. Hematólogo - Oncólogo

Duración de Cubierta

6 días

Otros Criterios

Para continuación de terapia:

- 1) Aprobar si el paciente comenzó el tratamiento en hospital u otra facilidad como paciente encamado o como paciente ambulatorio en Sivextro (IV) intravenoso y va a ser cambiado a Sivextro oral.
- 2) Aprobar si el paciente comenzó en hospital u otra facilidad como paciente encamado en Sivextro oral. Esto no incluye a pacientes que han comenzado Sivextro oral de forma ambulatoria a menos que cumplan con alguna de las excepciones mencionadas.
- 3) Sivextro Oral, paciente comenzó en hospital u otra facilidad como paciente encamado o como paciente ambulatorio en vancomicina (IV) intravenosa.
- 4) Sivextro IV, paciente debe tener dificultad para tragar Sivextro oral, si comenzó vancomicina en el hospital, se recomienda continuar terapia con vancomicina al momento de alta.
- 5) Sujeto a revisión B vs D.

SOMAVERT

Medicamentos

Somavert SubQ Sol 10 mg, 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Ninguno

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Endocrinólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Pacientes con respuesta inadecuada a cirugía y/o radioterapia y/u otras terapias médicas, o para quienes estas terapias no sean apropiadas. La meta del tratamiento es normalizar niveles de factor de crecimiento insulinoide tipo 1 (IGF-I, por sus siglas en inglés).

SOVALDI

Medicamentos

Sovaldi Oral Tab 400 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico y Genotipo. Para Carcinoma Hepatocelular, debe cumplir con criterios de Milan para el trasplante de hígado (ej. Un solo nódulo HCC con un tamaño máximo de 5 cm o hasta 3 nódulos de los cuales el mayor no exceda los 3 cm y no hay invasión macrovascular).

Restricción de Edad

12 años o más

Restricción de Médico

Gastroenterólogo, Hepatólogo, Especialista en enfermedades infecciosas

Duración de Cubierta

12 a 48 semanas dependiendo de régimen y tratamiento, estatus del trasplante de hígado y descompensación.

Otros Criterios

El criterio será aplicado consistentes con las guías actuales de AASLD/IDSA

SPRYCEL

Medicamentos

Sprycel Oral Tab 20 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg, 100 mg, 140 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones médicamente aceptadas que no sean excluidas por Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico para el cual Sprycel está siendo utilizado. Para indicación de CML y ALL, se debe reportar resultado de cromosoma Filadelfia (Ph) y estado de la leucemia. Pacientes nuevos con CML y ALL el cual es Ph-positivo puede recibir la autorización para Sprycel.

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Para CML: paciente nuevo debe tener CML Ph positivo para la aprobación de Sprycel

Para ALL: paciente nuevo debe tener resultado de Ph positivo para la aprobación de Sprycel

SUTENT

Medicamentos

Sutent Oral Cap 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico. Pruebas de función hepáticas.

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Hematólogo - Oncólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

SYLATRON

Medicamentos

Sylatron SubQ 0.2 mg, 0.3 mg, 0.6 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Daño hepático grave, (Descompensación hepática, puntuación de child-pugh mas de 6 [clase b y c])hepatitis autoinmune

Información Médica Requerida

Diagnóstico

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Hematólogo-Oncólogo, Gastroenterólogo, o médico especialista en Enfermedades Infecciosas

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

SYMLIN

Medicamentos

Symlin Pen 60 , 1.5 ml

Symlin Pen 120, 2.7 ml

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Gastropareses Confirmada

Información Médica Requerida

A1C . Para pacientes con insulina, evidencia de ajuste en la dosis a la hora de la comida

Restricción de Edad

18 años o mayor

Restricción de Médico

Ninguno

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Aprobar si el paciente cumple con todos los siguientes criterios: actualmente tiene insulina durante la comida, tiene una HbA1c menor ó = 9%, no ha logrado un control adecuado de los niveles de glucosa en sangre a pesar del tratamiento individualizado de su terapia con insulina.

SYNAREL

Medicamentos

Synarel Nasal Soln 2 mg/ml

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Embarazo, lactancia, sangrado vaginal anormal.

Información Médica Requerida

Diagnóstico

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Ginecólogo, endocrinólogo

Duración de Cubierta

6 meses

Otros Criterios

Ninguno

TAGRISSE

Medicamentos

Tagrisso Oral Tab 40 mg, 80 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Para ser utilizado en una de las siguientes indicaciones: 1. El tratamiento de primera línea de pacientes con NSCLC metastásico cuyos tumores tienen factor de crecimiento epidérmico receptor (EGFR) exón 19, suprimido o mutaciones de exón 21 L858R, detectada por una prueba aprobada por la FDA. 2. tratamiento de pacientes con NSCLC metastásico con mutación-positiva T790M EGFR, según detectado por una prueba aprobada por la FDA, cuya enfermedad ha progresado en o después de la terapia de EGFR TKI (Afatinib (Giotrif), Axitinib (Inlyta), Bosutinib (Bosulif), Crizotinib (Xalkori), Dasatinib (Sprycel), Erlotinib (Tarceva), Gefitinib (Iressa), Imatinib (Glivec), Lapatinib (Tyverb), Nilotinib (Tasigna), Pazopanib (Votrient), Regorafenib (Stivarga), Sorafenib (Nexavar), Sunitinib (Sutent)).

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Hematólogo, oncólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

TARCEVA

Medicamentos

Tarceva Oral Tab 25 mg, 100 mg, 150 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

No se recomienda el uso de Tarceva en combinación con quimioterapias basadas en platino.

Información Médica Requerida

Tratamiento: 1. Cáncer de pulmón de células no pequeñas metastásico (NSCLC) cuyos tumores tienen deleciones del exón 19 del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) o mutaciones de sustitución del exón 21 (L858R) detectadas por una prueba aprobada por la FDA, que recibe tratamiento de primera línea, O tratamiento de segunda o mayor línea después de la progresión después de al menos un régimen de quimioterapia previo. O 2. Tratamiento de primera línea de pacientes con cáncer de páncreas localmente avanzado, no resecable o metastásico, en combinación con gemcitabina.

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Hematólogo-Oncólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

TARGRETIN

Medicamentos

Targretin Topical Gel 0.01 mg
Bexarotene Oral Cap 75 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de linfoma cutáneo de células T (CTCL) y el paciente no es un candidato para o ha tenido una respuesta inadecuada, es intolerante a, o tiene una contraindicación a al menos una terapia sistémica previa (por ejemplo, corticosteroides) para manifestaciones cutáneas de CTCL.

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Ninguna

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Pacientes mujeres de edad fértil tienen prueba documentado de embarazo negativa de una semana antes del inicio de la terapia. Para la renovación, el paciente no ha tenido progresión de la enfermedad durante el tratamiento y los pacientes de edad fértil que no está embarazada y se continúa utilizando medidas adecuadas de control de la natalidad durante el tratamiento.

TASIGNA

Medicamentos

Tasigna Oral Cap 50 mg, 150 mg, 200 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones médicamente aceptadas que no sean excluidas por Parte D

Criterios de Exclusión

Hyokalemia, hipomagnesemia, síndrome de QT largo

Información Médica Requerida

Indicado para el tratamiento de uno de los siguientes:

1. Pacientes adultos y pediátricos mayores o iguales a 1 año nuevos diagnosticados con leucemia mieloide crónica positiva para el cromosoma Filadelfia (Ph + LMC) en fase crónica O
2. Pacientes adultos con fase crónica (CP) y fase acelerada (AP) Ph +, resistente o intolerante a tratamiento previo que incluía imatinib O,
3. Pacientes pediátricos mayores o iguales a 1 año de edad, Ph + CML-CP resistente o intolerante al tratamiento previo con un inhibidor de tirosina-quinasa (TKI).

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Hematólogo-Oncólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Para CML, paciente nuevo debe tener CML Ph positivo para la aprobación de Tasigna.

TAZORAC

Medicamentos

Tazorac External 0.05 %, 0.1 %

Tazarotene External 0.1%

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Embarazo

Información Médica Requerida

Diagnóstico del acné vulgar y el paciente ha estado en un tratamiento adecuado (por lo menos dos semanas) con al menos otro producto tópico del acné (por ejemplo, peróxido de benzoilo, ácido salicílico, clindamicina, eritromicina, adapaleno, ácido azelaico, y / o tretinoína) o diagnóstico de estable moderada a severa psoriasis en placas y 20% o menos de área de superficie corporal y el paciente tiene una contraindicación o ha estado en tratamiento adecuado (por lo menos 2 semanas) con al menos otro producto para la psoriasis tópica (corticosteroides de alta potencia y / o análogos de la vitamina D) y las mujeres de edad fértil están usando medidas adecuadas de control de la natalidad durante el tratamiento.

Restricción de Edad

12 años o más

Restricción de Médico

Ninguna

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguna

THALOMID

Medicamentos

Thalomid Oral Cap 50 mg, 100 mg, 150 mg, 200mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Embarazo.

Información Médica Requerida

Prueba de embarazo 1) 10-14 días antes de la iniciación de tratamiento, 2) 24 horas antes de la iniciación de tratamiento.

Restricción de Edad

12 años o más

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo, Especialista en enfermedades infecciosas.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Solo está disponible a través de un programa de distribución restringida, THALOMID REMS.

INMUNOMODULADORES TOPICOS

Medicamentos

Tacrolimus Ointment 0.001 mg

Tacrolimus Ointment 0.0003 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Ninguno

Duración de Cubierta

3 meses. Si el paciente requiere despachos adicionales, se volvera a re-evaluar el caso.

Otros Criterios

Para tacrolimus, historial previo de al menos DOS corticosteroides tópicos genéricos dentro de los últimos 180 días. Aquellos pacientes sin historial previo de medicamentos en las reclamaciones, su médico deberá proporcionar documentación de su record medico reclamaciones de farmacia procesadas a traves de otro beneficio para cumplir con la utilización previa.

TESTOSTERONAS TOPICAS

Medicamentos

Testosterone Gel Pump 1% 75 gm

Testosterone Gel 1% 2.5 gm

Testosterone Gel 1 % 5 gm

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

No está cubierto para el tratamiento de la disfunción sexual. Hombres con carcinoma de mama o carcinoma de próstata conocido o sospechado.

Información Médica Requerida

1. La solicitud es para la continuación de la terapia de testosterona y la droga solicitada se prescribe para el hipogonadismo en un paciente varón o un paciente que se identifica como hombre que tenía un nivel confirmado de testosterona baja de acuerdo a las guías de práctica actuales o sus valores de referencia de laboratorio masculinos estándar antes de iniciar la terapia con testosterona O 2. La solicitud no es para la continuación de la terapia de la testosterona y el medicamento solicitado está siendo prescrito para el hipogonadismo en un paciente masculino o un paciente que se identifica como hombre que tiene al menos dos niveles confirmados de testosterona baja de acuerdo con las pautas de práctica actuales o sus valores de referencia estándar .

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Ninguna

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguna

TRETINOIN

Medicamentos

Adapalene Topical Gel 0.1 %
Adapalene Topical Cream 0.1%
Adapalene Topical gel 0.3 %
Avita Topical Cream 0.025 %
Avita Topical Gel 0.025 %
Tretinoin Topical Cream 0.1 %, 0.5 %, 0.025 %
Tretinoin Topical Gel 0.01 %, 0.025%

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

1. Manchas en la piel
2. Estrías
3. Cicatrices por acné
4. Elastosis solar
5. Envejecimiento prematuro y tratamiento de la piel fotoenvejecida o fotodañada (ej. Lentigos solares, rugosidad de la piel, rugosidad de la piel, hiperpigmentación moteada o manchas de la edad)
6. Arrugas
7. Lengua geográfica
8. Hiperpigmentación (postinflamatoria) causada por foliculitis, acné y eczema
9. Melasma/colasma Alopecia androgénica
10. Alopecia androgénica
11. Alopecia areata
12. Queratosis seborreica
13. Papilomitosis confluyente y reticulada
14. Dermatitis
15. Enfermedad de Dowling-Degos
16. Nevis displásica
17. Foliculitis.
18. Milio. Solo un reporte de casos demostró efectividad del tretinoin en el tratamiento de milios.
19. necrobiosos lipoidea diabetorum
20. Colagenosis perforativa
21. Psoriasis
22. Esclerosis sistémica
23. Queratosis pilaris
24. Hiperplasia sebácea
25. Quiste sebáceo
26. Cancer de la piel (Melanoma)

Información Médica Requerida

Ninguna

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Ninguna

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

TYGACIL

Medicamentos

Tigecycline Inj. Soln 50 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Ninguna

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Especialista en Enfermedades Infecciosas, Dermatólogo, Neumólogo, Gastroenterólogo

Duración de Cubierta

14 días

Otros Criterios

Sujeto a revisión B vs D.

TYKERB

Medicamentos

Tykerb Oral Tab 250 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones médicamente aceptadas que no sean excluidas por Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Tratamiento en combinación con: 1. Capecitabina, para el tratamiento de pacientes con cáncer de mama avanzado o metastásico cuyos tumores sobre expresan el receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) y que han recibido tratamiento previo incluyendo una antraciclina, un taxano y trastuzumab. O 2. Letrozole para el tratamiento de mujeres postmenopáusicas con cáncer de mama metastásico positivo al receptor de hormonas que sobre expresa al receptor HER2 para el que está indicada la terapia hormonal.

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Oncólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Para el cáncer de seno, paciente nuevo debe tener HER2-positivo en cáncer de mama para la aprobación de Tykerb.

UPTRAVI

Medicamentos

Uptravi Oral Tab 200 mcg
Uptravi Oral Tab 400 mcg
Uptravi Oral Tab 600 mcg
Uptravi Oral Tab 800 mcg
Uptravi Oral Tab 1 mg
Uptravi Oral Tab 1.2 mg
Uptravi Oral Tab 1.4 mg
Uptravi Oral Tab 1.6 mg
Uptravi Titration Pack

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

1. Para tratamiento inicial: Diagnóstico de la hipertensión arterial pulmonar (PAH, Grupo I de la OMS) evidenciado por una cateterización cardíaca derecha para confirmar el diagnóstico de PAH
2. Para continuación de tratamiento: El paciente muestra respuesta beneficiosa documentada a utilizar Uptravi (incluyendo cualquiera de los siguientes: reducción de la resistencia vascular pulmonar y / o presión, mejora de los síntomas, mejoría de los síntomas, actividad y / o longevidad)

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Neumólogo, cardiólogo.

Duración de Cubierta

Inicio – 3 meses

Continuación: 12 meses

Otros Criterios

Tratamiento inicial debe ser 200 mcg dos veces al día.

VALCHLOR

Medicamentos

Valchlor Topical Gel 0.00016 mg/mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico. Tratamiento tópico para linfoma cutáneo de células T de tipo mycosis fungoide, en etapa 1a o 1b, en pacientes que han recibido previamente terapia dirigida a la piel.

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

- 1) Hematólogo
- 2) Oncólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

VEMLIDY

Medicamentos

Vemlidy Oral Tab 25 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Prueba de infección por VIH-1 antes del inicio, no se use en pacientes con infección por VIH

Información Médica Requerida

Iniciación de la terapia:

1. Diagnóstico infección Hepatitis B
2. Fracaso de Viread o Baraclude hasta dosis máximas indicadas, a menos que se experimenten efectos adversos contraindicados o clínicamente significativos.

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Gastroenterólogo, Hepatólogo, Especialista en Enfermedades Infecciosas

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

VENCLEXTA

Medicamentos

Venclexta Oral Tab 10 mg
Venclexta Oral Tab 50 mg
Venclexta Oral Tab 100 mg
Venclexta Oral Pack 10/50/100

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

El inhibidor fuerte de CYP3A en el inicio y durante la fase de aceleración está contraindicado.

Información Médica Requerida

1. Diagnóstico: leucemia linfocítica crónica (CLL) con supresión de 17p, según lo detectado por una prueba aprobada por la FDA, que ha recibido al menos una terapia previa. 2. Evaluación del riesgo de síndrome de lisis tumoral.

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Para la renovación, el paciente no tiene progresión de la enfermedad o toxicidad inaceptable.

VENTAVIS

Medicamentos

Ventavis Inhalant Sol. 0.01 mg/ml

Ventavis Inhalant Sol. 0.02 mg/ml

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de hipertensión arterial pulmonar grupo WHO I con New York Heart Association (NYHA) clase funcional III de IV confirmada por cateterismo cardiaco derecho.

Restricción de Edad

18 años o mayor

Restricción de Médico

Cardiólogo o neumólogo

Duración de Cubierta

Inicial – 6 meses

Renovación – 12 meses

Otros Criterios

Sujeto a revisión B vs D

VERZENIO

Medicamentos

Verzenio Oral Tab 50 mg, 100 mg, 150 mg, 200 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Indicado para el tratamiento de uno de los siguientes:

1. Cáncer de mama avanzado o metastásico, en combinación con un inhibidor de aromatasas como terapia endocrina inicial para el tratamiento de mujeres postmenopáusicas con receptores de hormonas (HR) – positivo, receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2)- negativo avanzado. O
2. Cáncer de mama avanzado o metastásico, en combinación con fulvestran para el tratamiento de mujeres con receptor de hormonas (HR) – positivo, receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) – negativo, con progresión de la enfermedad después de tratamiento con terapia endocrina O
3. Cáncer de mama avanzado o metastásico, como monoterapia en pacientes adultos, con receptores de hormonas (HR) – positivo, HER2 negativo y con progresión de la enfermedad después de tratamiento con terapia endocrina y quimioterapia en ambiente metastásico.

Restricción de Edad

18 años o mayor

Restricción de Médico

Hematólogo, oncólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

VOSEVI

Medicamentos

Vosevi Oral Tab 400mg/100mg/100mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

- a. Diagnóstico: infección crónica por VHC sin cirrosis o con cirrosis compensada (Child Pugh A) que tiene: infección por Genotipo 1, 2, 3, 4, 5 o 6 y ha sido previamente tratado con un régimen de VHC que contiene un inhibidor NS5A O Genotipo 1a o 3 y han sido tratados previamente con un régimen de VHC que contiene sofosbuvir sin un inhibidor de NS5A.
- b. Genotipo
- c. Estado de tratamiento del paciente (tratamiento sin experiencia o tratamiento experimentado). Si el paciente tiene experiencia en el tratamiento, documente los medicamentos que utilizó anteriormente.
- d. Estado de la cirrosis.

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Gastroenterolog, Hepatologo, Especialista de enfermedades infecciosas

Duración de Cubierta

12 semanas

Otros Criterios

Los criterios se aplicarán de acuerdo con las guías actuales de AASLD / IDSA.

VOTRIENT

Medicamentos

Votrient Oral Tab 200 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Los niveles séricos de transaminasas y bilirrubina antes de iniciar el tratamiento.

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Hematólogo-Oncólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

XALKORI

Medicamentos

Xalkori Oral Cap 200 mg, 250 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Resultado positivo de prueba ALK o ROS-1 NSCL metastasico

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Hematólogo-Oncólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

XATMEP

Medicamentos

Xatmep Oral Sol. 2.5 mg/ml

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de uno de los siguientes:

1. Para tratamiento de pacientes pediátricos con leucemia linfoblástica aguda (ALL) como componente de un régimen de mantenimiento combinado de quimioterapia
O
2. Manejo de pacientes pediátricos con artritis idiopática juvenil poliarticular activa (pJIA) que son intolerantes a o han tenido una respuesta inadecuada a el tratamiento de primera línea.

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Hematólogo, oncólogo, reumatólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Sujeto a revisión B vs D.

XELJANZ

Medicamentos

Xeljanz Oral Tab 5mg

Xeljanz Oral Tab 10 mg

Xeljanz Oral Tab ER 11 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Infección activa grave (incluyendo tuberculosis). El uso combinado con un medicamento biológico anti-rrheumático modificador de la enfermedad o un inmunosupresor potente (ej; azatioprina o ciclosporina).

Información Médica Requerida

Diagnóstico de: 1. Artritis reumatoide activa: de moderada a severa que ha tenido una respuesta inadecuada o intolerancia al metotrexato. Se puede usar como monoterapia o en combinación con metotrexato u otros medicamentos antirreumáticos modificadores de la enfermedad no biológicos (DMARD, por sus siglas en inglés). 2. Artritis psoriásica: pacientes que han tenido una respuesta inadecuada o intolerancia al metotrexato u otros medicamentos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (DMARD, por sus siglas en inglés). 3. Colitis ulcerativa: moderada a grave. 4. El paciente ha sido examinado para detectar la infección de tuberculosis (TB) en el último año y la TB latente se ha descartado o se está tratando según las guías.

Restricción de Edad

18 años o mayor

Restricción de Médico

Reumatólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Para la renovación, el paciente está estable en su condición o ha mejorado durante el tratamiento.

XENAZINE

Medicamentos

Tetrabenazine Oral Tab 12.5 mg, 25 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D. Disquinesia tardía (TD). Síndrome de Tourette y trastornos relacionados con tics. Distonia hiperkinética primaria. Hemibalismo

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Ninguna

Restricción de Edad

18 años o mayor

Restricción de Médico

Para tratamiento de corea asociado con la enfermedad de Huntington, Síndrome de Tourette o tic relacionados, distonia hiperkinética primaria o hemibalismo, Xenazine (tetrabenazine) debe ser prescrito por neurólogo o en consulta con neurólogo. Para TD, Xenazine (tetrabenazine) debe ser prescrito por neurólogo o en consulta con neurólogo o psiquiatra.

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno.

XGEVA

Medicamentos

Xgeva SC Inj. 70 mg/ml (120 mg/ 1.7 ml vial)

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D.

Criterios de Exclusión

Hipocalcemia (calcio menor de 8.0 mg/dL).

Información Médica Requerida

Para el tratamiento de uno de los siguientes:

1. Prevención de eventos relacionados con el esqueleto en pacientes con multiple mieloma y en pacientes con metástasis osea de tumores solidos O
2. Adultos y adolescentes esqueléticamente maduros con tumor de células gigantes de hueso y tumor es irresectable o resección quirúrgica es probable que resulte en morbilidad grave O
3. Paciente tiene diagnóstico de hipercalcemia de malignidad refractario a terapia con bisfosfonato.

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Ninguna

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Sujeto a revisión de beneficio B vs D.

XIFAXAN

Medicamentos

Xifaxan Oral Tab 200 mg, 550 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico

Restricción de Edad

Diarrea del viajero, de 12 años de edad o más

Restricción de Médico

Gastroenterólogo, hepatólogo o especialista en enfermedades infecciosas.

Duración de Cubierta

Autorización será de 12 meses. La aprobación para diarrea de viajeros será conforme a lo solicitado.

Otros Criterios

Para la encefalopatía hepática, tratamiento de un suministro de 30 días de los siguientes: lactulosa. Paso #2: Xifaxan 550 mg. Historial antes de la medicación en las reclamaciones, médico deberá presentar documentación de la utilización en el expediente médico o de farmacia de con el procesamiento a través del administrados del beneficio de farmacia anterior. Para el diagnóstico de diarrea del viajero por cepas invasivas de E coli, Xifaxan 200MG será aprobado como primera línea.

Medicamentos

Xolair Inj. 150 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Asma moderada a severa persistente y SAR / PAR, nivel de IgE basal de al menos 30 IU / ML. Para el asma, el paciente tiene una prueba cutánea positiva o in vitro (es decir, un análisis de sangre para anticuerpos IgE específicos del alérgeno, como un ensayo inmunoabsorbente ligado a enzimas (p. Ej., InmunoCAP, ELISA) o RAST) para 1 o más aeroalergenos perennes (por ejemplo, ácaro del polvo doméstico, caspa de animales [perro, gato], cucaracha, plumas, esporas de moho) y / o por 1 o más aeroalergenos estacionales (pasto, polen, malezas). Para SAR / PAR, el paciente tiene pruebas cutáneas positivas (p. Ej., Hierba, árbol o polen de malezas, esporas de moho, ácaro del polvo doméstico, caspa de animales, cucaracha) y / o pruebas positivas in vitro (es decir, un análisis de sangre para alérgeno específico Anticuerpos IgE) para uno o más alérgenos relevantes (p. Ej., Hierba, árbol o polen de malezas, esporas de moho, ácaros del polvo doméstico, caspa de animales, cucaracha). Urticaria idiopática crónica: El paciente debe tener urticaria por más de 6 semanas, con síntomas presentes más de 3 días a la semana, a pesar del tratamiento diario con antihistamínicos H1 no sedantes (p. Ej., Cetirizina, desloratadina, fexofenadina, levocetirizina, loratadina) Y debe haber intentado terapia con un modificador de leucotrienos (p. ej., montelukast) con un antihistamínico H1 no sedante diario, a menos que haya intolerancia o contraindicación.

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Alergista, inmunólogo, neumólogo o dermatólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Asma persistente moderada a grave debe cumplir todos los criterios. Los síntomas del asma del paciente no se controlaron adecuadamente con el uso concomitante de al menos 3 meses de corticosteroides inhalados y betaagonistas de acción prolongada (LABA) o alternativa de LABA, si los LABA están contraindicados o si tiene intolerancia, entonces las alternativas incluyen teofilina de liberación sostenida o un modificador de leucotrienos (p. ej., montelukast), Y control inadecuado demostrado por hospitalización por asma, requerimiento de corticosteroides sistémicos para controlar exacerbaciones de asma o necesidad creciente (por ej., más de 4 veces al día) para los agonistas beta2 inhalados de acción corta para los síntomas (excluyendo el uso preventivo para el asma inducida por el ejercicio).

XTANDI

Medicamentos

Xtandi Oral Cap 40 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de cáncer de próstata metastizado resistente a la castración Y el paciente ha sido tratado previamente por régimen de quimioterapia que incluye docetaxel.

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Oncólogo o hematólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

XURIDEN

Medicamentos

Xuriden Oral Granules 2000mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnostico de aciduria orotica hereditaria

Restricción de Edad

2 meses o más

Restricción de Médico

Ninguno

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

XYREM

Medicamentos

Xyrem Oral Sol 500 mg/ml

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones medicamente aceptadas no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Uso concomitante con agentes hipnóticos sedantes. Deficiencia de deshidrogenasa semialdehído succínica.

Información Médica Requerida

El diagnóstico de una de las siguientes:

- a. La narcolepsia con somnolencia diurna excesiva, la cataplejía o ambos confirmada por la evaluación laboratorio del sueño (por ejemplo, prueba de latencia múltiple del sueño, polisomnografía) y para pacientes con excesiva somnolencia diurna, el paciente ha tenido un tratamiento anterior con o tiene una contraindicación, intolerancia o alergia a modafinil metilfenidato, dextroanfetamina, o sales de mixtas de anfetamina.
- b. Síndrome de la fibromialgia y el paciente tuvo un tratamiento anterior (de por lo menos 30 días) con, o tiene una contraindicación, intolerancia o alergia a dos de los siguientes: duloxetina, milnacipran o pregabalina.

Restricción de Edad

Ninguna

Restricción de Médico

Ninguna

Duración de Cubierta

6 meses (iniciales), 12 meses (de renovación).

Otros Criterios

Para la renovación, el paciente tuvo una respuesta positiva al medicamento (aumento de la calidad del sueño para los pacientes con narcolepsia). El paciente y el médico están inscritos en el REMS de Xyrem.

YONSA

Medicamentos

Yonsa Oral Tab 125 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de cáncer de próstata metastizado resistente a castración para ser utilizado en combinación con metilprednisolona

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

ZAVESCA

Medicamentos

Miglustat Oral Cap 100 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

No está cubierto para el Tipo 2 o 3 de la Enfermedad Gaucher

Información Médica Requerida

Diagnóstico de la enfermedad de Gaucher tipo 1 y que no puede ser tratada con terapia de reemplazo enzimático (por ejemplo Cerezyme)

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Ninguna

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

ZEJULA

Medicamentos

Zejula Oral Cap. 100 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico:

Tratamiento de mantenimiento para pacientes adultos con cáncer de ovario epitelial recurrente, de trompa de Falopio o cáncer peritoneal primario, que han tenido en una respuesta completa o parcial a quimioterapia basada en platino.

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

1. Hematólogo
2. Oncólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Debe ser cubierto por el beneficio de la Parte D.

ZELBORAF

Medicamentos

Zelboraf Oral Tablet 240 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico de 1. Melanoma no resecable o metastásico con mutación BRAF V600E, O 2. Enfermedad de Erdheim-Chester con mutación BRAF V600. Línea de base: electrocardiograma, electrolitos, enzimas hepáticas y bilirrubina. Mutación detectada por una prueba aprobada por la FDA.

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Hematólogo-Oncólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

ZOLINZA

Medicamentos

Zolinza Oral Cap 100 mg

Usos Cubiertos

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

Criterios de Exclusión

Ninguno

Información Médica Requerida

Diagnóstico; Linfoma cutáneo de células T (CTCL) que tiene la enfermedad progresiva, persistente o recurrente durante o después de dos terapias sistémicas.

Restricción de Edad

18 años o más

Restricción de Médico

Hematólogo, Oncólogo

Duración de Cubierta

12 meses

Otros Criterios

Ninguno

RAPAMUNE	100	Somavert SubQ Sol.....	144	Tretinoin Topical Cream	
Rapatha	131	Sovaldi Oral Tab	145	159
Ravicti Oral Sol.....	129	Sprycel Oral Tab	146	Tretinoin Topical Gel..	159
Rebetol Oral Solution .	135	Stivarga TABLET 40 MG		Trihexyphenidyl Hcl	20
RECOMBIVAX HB ...	100	ORAL.....	13	Trimipramine Maleate ..	20
Regranex 0.01 %	130	Sutent Oral Cap.....	147	TROPHAMINE	100
Relistor	104	Sylatron SubQ.....	148	Tykerb Oral Tab.....	162
Restasis Ophthalmic		Synarel Nasal Sol.....	150	Uptravi Oral Tab	163
Emulsion	133	Synribo SOLUTION		Uptravi Titration Pack.	163
Revatio Oral Suspension		RECONSTITUTED 3.5		Valchlor Topical Gel... 164	
.....	123	MG		vancomycin hcl	100
Revlimid Oral Cap	134	SUBCUTANEOUS*. 13		Vemlidy Oral Tab	165
Rexulti Oral Tab	14	tacrolimus.....	100	Venclexta Oral Tab	166
Ribasphere Oral Cap... 135		Tacrolimus Ointment ..	157	Venclexta Pack.....	166
Ribasphere Oral Tab ... 135		Tafinlar CAPSULE 50		Ventavis Inhalant Sol..	167
Ribavirin Oral Cap..... 135		MG ORAL	13	Verzenio Oral Tab.....	168
Ribavirin Oral Tab	135	Tafinlar CAPSULE 75		Vigabatrin Oral Sol.Pack	
Riluzole Oral Tab.....	136	MG ORAL	13	139
Rubraca Oral Tab	137	Tagrisso Oral Tab	151	Vosevi Oral Tab.....	169
Rydapt Oral Cap	138	Tarceva Oral Tab	152	Votrient Oral Tab	170
Sabril Oral Tab.....	139	Targretin Topical Gel..	153	Vraylar	14
SANDIMMUNE.....	100	Tasigna Oral Cap	154	Xalkori Oral Cap.....	171
Saphris Sublingual Tab .	14	Tazarotene External	155	Xatmep Oral Sol	172
Savella 4 Week Titration		Tazorac External	155	Xatmep Oral Sol.	172
Pack.....	140	TEFLARO.....	100	Xeljanz Oral Tab.....	173
Savella Oral Tab	140	TENIVAC	100	Xgeva SC Inj.....	175
Scopolamine Patch 72... 20		Testosterone Gel	158	Xifaxan Oral Tab	176
SENSIPAR.....	100	TETANUS-DIPHThERIA		Xolair Inj.	177
Signifor Inj. Sol.....	141	TOXOIDS TD.....	100	Xtandi Oral Cap	179
Sildenafil Oral Tab.....	123	Tetrabenazine Oral Tab	174	Xuriden Oral Granules	180
sirolimus.....	100	Thalomid Oral Cap	156	Xyrem Oral Sol	181
Sirturo Oral Tab	142	Thioridazine Hcl	20	Yonsa Oral Tab	182
Sivextro Inj Sol	143	Thiothixene Capsule	20	Zejula Oral Cap.....	184
Sivextro Oral Tab.....	143	Tigecycline Inj. Soln... 161		Zelboraf Oral Tablet ...	185
Sodium Phenylbutyate		tobramycin	100	Zemaira Inj. Sol.	120
Oral Tab	25	tobramycin sulfate.....	100	Zolinza Oral Cap.....	186
Sodium Phenylbutyrate		tpn electrolytes	100	Zolpidem Tartrate Oral	
POWDER ORAL.....	25	Tramadol Hcl	95	Tab.	65
Soltamox SOLUTION 10		Tramadol-Acetaminophen		Zydelig Oral Tab.....	187
MG/5ML ORAL	13	95	Zykadia Oral Cap.....	188
SOMATULINE DEPOT		TRAVASOL	100	Zytiga Oral Tab.....	189
.....	100	Trelstar Inj.....	86		