Triple-S Advantage

Criterios de Pre-Autorización
2020

ACNE PRODUCTS

Medicamentos:
Adapalene-Benzoyl Peroxide
Tretinoin

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: Propósitos estéticos.

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: acné vulgar.

Restricción de edad: N/A

Restricciones de prescripción: N/A

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

ACTIMMUNE

Medicamentos:
Actimmune

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Documente uno de los siguientes: a. Enfermedad Granulomatosa Crónica O b. Osteopetrosis Maligna Severa.

Restricción de edad: N/A

Restricciones de prescripción: 1) Endocrinólogo, 2) Ortopeda, 3) Hematólogo, 4) Oncólogo, 5) Especialista en enfermedades infecciosas, 6) Reumatólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

ADCIRCA

Medicamentos:
Tadalafil (PAH)

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: 1) Nitratos orgánicos concomitantes, 2) Estimuladores concomitantes de guanilato ciclasa (GC).

Información médica requerida: 1) Diagnóstico de Hipertensión Arterial Pulmonar grupo 1, según la clasificación de la OMS, 2) Resultados de cateterismo cardíaco: a. Presión media de la arteria pulmonar (mayor que o igual a 25mmHg) O, b. Presión capilar pulmonar en cuña (menor que o igual a 15mmHg), 3) Resultado de la prueba vasodilatadora aguda (requerida para pacientes con Hipertensión Arterial Pulmonar Idiopática SOLAMENTE).

Restricción de edad: 18 años de edad y mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Neumólogo, 2) Cardiólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

ADEFOVIR

Medicamentos:
Adefovir Dipivoxil
Hepsera

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: Hepatitis B crónica, 2) Documente lo siguiente: a. Prueba positiva para el antígeno de superficie de la Hepatitis B (HBsAg), b. niveles séricos de aminotransferasas.

Restricción de edad: 12 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Gastroenterólogo, 2) Infectólogo, 3) Hepatólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

ADEMPAS

Medicamentos:
Adempas

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: 1) Embarazo, 2) Co-administración con nitratos o donantes de óxido nítrico (tales como nitrito de amilo) en cualquier presentación, 3) Administración concomitante con inhibidores de fosfodiesterasa (PDE), incluyendo inhibidores PDE-5 específicos (tales como sildenafil) o inhibidores PDE no específicos (tales como teofilina), 4) Hipertensión pulmonar asociada con neumonías intersticiales idiopáticas (PH-IIP).

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: a. Hipertensión Arterial Pulmonar grupo 1, según la clasificación de la OMS O b. Hipertensión Pulmonar Tromboembólica Crónica (HPTEC) grupo 4, según la clasificación de la OMS, persistente/recurrente, 2) Documente lo siguiente: Resultados de cateterismo cardíaco. a. Presión media de la arteria pulmonar mayor que o igual a 25 mmHg O, b. Presión capilar pulmonar en cuña menor que o igual a 15 mmHg, 3) Para Hipertensión Pulmonar Tromboembólica Crónica (HPTEC) grupo 4, según la clasificación de la OMS, persistente/recurrente: no se requieren prerrequisitos.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Neumólogo, 2) Cardiólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

AFINITOR

Medicamentos:
Afinitor
Afinitor Disperz

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: a. cáncer de seno avanzado, b. tumores neuroendocrinos localmente avanzados o metastásicos de origen pancreático, gastrointestinal o pulmón, c. carcinoma de células renales avanzado, d. angiomiolipoma renal y TSC, e. astrocitoma subependimario de células gigantes y TSC O f. convulsiones de inicio parcial asociadas a TSC, 2) Para cáncer de seno avanzado, documente lo siguiente: a. paciente es posmenopáusica, b. la etapa del cáncer de seno, c. resultados positivos del receptor de hormona, d. resultado negativo para HER2, e. fallo a tratamiento a letrozole o anastrozole, f. prescrito en combinación con exemestane, 3) Para tumores neuroendocrinos localmente avanzados o metastásicos: documente que la enfermedad es irresecable, 4) Para carcinoma de células renales avanzado: Documente fallo de tratamiento con sunitinib o sorafenib, 5) Para angiomiolipoma renal y TSC: a. Documente que el paciente no requiere cirugía inmediata, 6) Para Astrocitoma Subependimario de Células Gigantes y TSC: Documente lo siguiente: a. Paciente no es candidato a resección quirúrgica curativa.

Restricción de edad: N/A

Restricciones de prescripción: 1) Hematólogo, 2) Oncólogo, 3) Urólogo, 4) Neurólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: Afinitor Disperz está indicado SOLAMENTE para el tratamiento de pacientes con astrocitoma subependimario de células gigantes y TSC Y convulsiones de inicio parcial asociadas a TSC.

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

ALECENSA

Medicamentos:
Alecensa

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: cáncer pulmonar de células no-pequeñas (NSCLC) metastásico, positivo a cinasa del linfoma anaplásico (ALK).

Restricción de edad: 18 años de edad y mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Oncólogo, 2) Neumólogo, 3) Hematólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

ALPHA 1-PROTEINASE INHIBITOR, HUMAN 50 MG/ML

Medicamentos:
Prolastin-C

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: 1) Deficiencia de inmunoglobulina A (IgA) con anticuerpos contra IgA. 2) Enfermedad hepática asociada a alfa-1-proteinasa.

Información médica requerida: 1) Niveles séricos de alfa-1-antitripsina (AAT) (menor que 11 mcmol/L, 2) Niveles de FEV1 menor que 80%, 3) Proveer fechas de vacunación contra Hepatitis B.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Especialista en desórdenes metabólicos o genéticos, 2) Neumólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: Evaluación Parte D vs. Parte B también aplica. (*)

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

ALUNBRIG

Medicamentos:
Alunbrig
Alunbrig Therapy Pack

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: cáncer pulmonar de células no-pequeñas (NSCLC) metastásico, positivo a cinasa del linfoma anaplásico (ALK). 2) Presencia de progresión de la enfermedad o intolerancia a crizotinib.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Oncólogo, 2) Hematólogo, 3) Neumólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

AMITIZA

Medicamentos:
Amitiza

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: Conocimiento o sospecha de obstrucción gastrointestinal mecánica.

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: a. estreñimiento idiopático crónico, b. estreñimiento inducido por opioides O c. síndrome del intestino irritable con estreñimiento.

Restricción de edad: 18 años o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Gastroenterólogo, 2) Especialista en dolor.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: 1) Estreñimiento Idiopático Crónico y Estreñimiento inducido por opioides: cápsulas de 24 mcg, 2) Síndrome del Intestino Irritable con estreñimiento: cápsulas de 8 mcg.

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

AMPYRA

Medicamentos:
Dalfampridine ER

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: 1) Historial de convulsiones, 2) Insuficiencia renal moderada o severa (CrCl menor que 50ml/min).

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: Esclerosis Múltiple, 2) Depuración de Creatinina mayor que 50ml/min.

Restricción de edad: 18 años o mayor.

Restricciones de prescripción: Neurólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

ANABOLIC STEROIDS

Medicamentos:
Anadrol-50
Oxandrolone

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: 1) Conocimiento o sospecha de nefrosis (fase nefrótica de la nefritis). 2) Conocimiento o sospecha de hipercalcemia. 3) Conocimiento o sospecha de carcinoma de mama en féminas con hipercalcemia. 4) Conocimiento o sospecha de carcinoma de la próstata o de mama en pacientes masculinos. 5) Embarazo.

Información médica requerida: N/A

Restricción de edad: N/A

Restricciones de prescripción: N/A

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

ARANESP

Medicamentos:
Aranesp (Albumin Free)

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: 1) Hipertensión descontrolada, 2) Aplasia eritrocitaria pura (PRCA) que comienza luego de tratamiento con Aranesp u otros medicamentos de proteína eritropoyetina.

Información médica requerida: 1) Prescripción inicial: a. Hgb es menor que 10 g/dL, b. CBC, c. Capacidad total de fijación de hierro, d. Niveles de hierro, e. Niveles de Ferritina, f. Nivel de Vitamina B12, g. Nivel de Folato, h. Creatinina sérica, i. BUN. 2) Para reautorizaciones: a. Paciente que recibió eritropoyetina en mes previo: un aumento en la Hgb de al menos 1 g/dL después de al menos 12 semanas de terapia, b. Documentación de reservas de hierro adecuadas. Reservas adecuadas de hierro: ferritina sérica es de al menos 100 mg/mL o la saturación de transferrina es de al menos 20%.

Restricción de edad: N/A

Restricciones de prescripción: 1) Nefrólogo 2) Hematólogo 3) Oncólogo.

Duración de cubierta: 12 semanas.

Otros criterios: 1) Evaluación Parte D vs. Parte B también aplica. (*)

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

ARCALYST

Medicamentos:
Arcalyst

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: 1) Infección activa o crónica, 2) Terapia concurrente con vacunas vivas o TNF.

Información médica requerida: 1) Paciente tiene un diagnóstico de síndromes periódicos asociados a la criopirina (CAPS), incluyendo el síndrome autoinflamatorio familiar por frío (FCAS) y síndrome de Muckle-Wells (MWS). 2) Proveer anualmente, resultados negativos de prueba cutánea de tuberculosis (TB). Para TB positiva latente, el paciente debe haber completado o recibe tratamiento para Infección de Tuberculosis Latente previo al inicio con Arcalyst.

Restricción de edad: 12 años de edad y mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Reumatólogo, 2) Inmunólogo, 3) Genetista, 4) Dermatólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

AYVAKIT

Medicamentos:
Ayvakit

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: tumor del estroma gastrointestinal metastásico o irresecable (GIST), 2) Documente: mutación del exón 18 del receptor alfa del factor de crecimiento derivado de plaquetas (PDGFRA), incluidas las mutaciones PDGFRA D842V.

Restricción de edad: 18 años de edad y mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Hematólogo, o 2) Oncólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

BALVERSA

Medicamentos:
Balversa

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: carcinoma urotelial localmente avanzado o metastático, 2) Documente alteraciones genéticas susceptibles a FGFR3 o FGFR2 según detectado por una prueba aprobada por la FDA, 3) Documente si el paciente progresó durante o luego de al menos una línea previa de quimioterapia que contenga platino, incluso dentro de los 12 meses de una quimioterapia neoadyuvante o adyuvante que contenga platino.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Oncólogo, 2) Urólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

BENLYSTA

Medicamentos:
Benlysta

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico (LES). 2) Prueba positiva de auto-anticuerpos (anticuerpo antinuclear [AAN]).

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: Reumatólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: Evaluación Parte D vs. Parte B también aplica. (*)

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

BOSULIF

Medicamentos:
Bosulif

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: Leucemia mieloide crónica Filadelfia positivo, 2) Para Ph+ CML crónica, acelerada o fase blástica, documente lo siguiente: a. resultados positivos para cromosoma Filadelfia, b. fase de la enfermedad, c. resistencia/ intolerancia a terapia previa, 3) Para leucemia mieloide crónica (CML) Ph+ en fase crónica recientemente diagnosticada: a. resultados positivos para cromosoma Filadelfia.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Hematólogo, 2) Oncólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

BRAFTOVI

Medicamentos:
Braftovi

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: a) melanoma irresecable o metastásico, b) cáncer colorrectal metastásico (CCR). 2) Para melanoma irresecable o metastásico: a) Prueba positiva a mutación BRAF V600E o V600K, b) Binimetinib en combinación con encorafenib. 3) Para cáncer colorrectal metastásico (CCR): a) Prueba de mutación BRAF V600E, b) Utilizado en combinación con cetuximab, c) Documente terapia previa.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Oncólogo, 2) Dermatólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

BRUKINSA

Medicamentos:
Brukinsa

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: a) Tratamiento del linfoma de células del manto (LCM) en pacientes que han recibido al menos una terapia previa, 2) Documente: a) Uso de uno o más tratamientos previos.

Restricción de edad: 18 años de edad y mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Oncólogo, 2) Hematólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: 1) Validar que el régimen de tratamiento previo cumpla con las recomendaciones de las guías más actualizadas de NCCN.

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

CABOMETYX

Medicamentos:
Cabometyx

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico documentado: a) Carcinoma de células renales avanzado (RCC), b) Carcinoma hepatocelular (HCC), 2) Para HCC: documente que el paciente ha sido tratado previamente con sorafenib.

Restricción de edad: 18 años de edad y mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Oncólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

CALQUENCE

Medicamentos:
Calquence

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: a. linfoma de células del manto (LCM), b. leucemia linfocítica crónica (CLL), o c. linfoma linfocítico pequeño (SLL), 2) Para LCM: Documente uno o más tratamientos previos.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Oncólogo, 2) Hematólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

CAPRELSA

Medicamentos:
Caprelsa

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: 1) Pacientes con síndrome congénito de QT largo, 2) Pacientes con hipocalcemia, hipopotasemia e hipomagnesemia.

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: cáncer medular de tiroides localmente avanzado o metastásico, 2) Documente: a. enfermedad es irresecable y b. resultados de CMP.

Restricción de edad: 18 años o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Hematólogo/Oncólogo, 2) Endocrinólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: Para hipocalcemia (valores normales son 4.5 a 5.5 mEq/L), hipopotasemia (valores normales son 3.5 a 5.3 mEq/L), hipomagnesemia (valores normales son 1.5 a 2.5 mEq/L).

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

CARBAGLU

Medicamentos:
Carbaglu

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: a) Terapia adjunta para el tratamiento de hiperamonemia aguda debido a la deficiencia de la enzima hepática N-acetylglutamate synthase (NAGS), b) Terapia de mantenimiento para el tratamiento de hiperamonemia crónica debido a la deficiencia de la enzima hepática N-acetylglutamate synthase (NAGS), 2) Niveles de amonio en plasma (Rango normal 10 a 80 mcg/dL).

Restricción de edad: N/A

Restricciones de prescripción: 1) Genetista, 2) Médico experimentado en desórdenes metabólicos.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

CAYSTON

Medicamentos:
Cayston

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico de fibrosis quística por pseudomonas aeruginosa en los pulmones, 2) Resultados de cultivo, 3) FEV1 debe ser mayor que 25% o menor que 75% de lo predicho.

Restricción de edad: 7 años de edad y mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Neumólogo, 2) Especialista en enfermedades infecciosas.

Duración de cubierta: 6 meses.

Otros criterios: La dosis recomendada de Cayston para adultos y pacientes pediátricos de 7 años de edad y mayores es un vial de un solo uso (75 mg de aztreonam) reconstituido con 1 mL de diluyente estéril administrado 3 veces al día durante un curso de 28 días (seguido por 28 días fuera de la terapia con Cayston).

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

CHANTIX

Medicamentos:
Chantix
Chantix Continuing Month Pak
Chantix Starting Month Pak

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Documente: uso previsto como parte del tratamiento para dejar de fumar, 2) Para renovaciones, proporcione una justificación médica que indique: a) que el paciente no dejó de fumar con éxito durante el tratamiento previo por razones distintas de la intolerabilidad de los eventos adversos, o b) paciente recayó después del tratamiento.

Restricción de edad: 17 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: N/A

Duración de cubierta: 6 meses.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

COMETRIQ

Medicamentos:
Cometriq 100 mg Daily Dose
Cometriq 140 mg Daily Dose
Cometriq 60 mg Daily Dose

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: cáncer medular de tiroides metastásico.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Hematólogo, 2) Oncólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

COPIKTRA

Medicamentos:
Copiktra

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: a) linfoma folicular en recaída (FL), b) leucemia linfocítica crónica (CLL), o c) linfoma linfocítico pequeño (SLL), 2) Recibió 2 o más terapias sistémicas previas.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Oncólogo, 2) Hematólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

CORLANOR

Medicamentos:
Corlanor

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: 1) Ritmo cardiaco es mantenido exclusivamente por un marcapasos, 2) Hipotensión severa (presión sanguínea menor que 90/50 mmHg), 3) Insuficiencia hepática severa (Child-Pugh Clase C), 4) En combinación con inhibidores potentes del citocromo CYP3A4.

Información médica requerida: 1) Diagnóstico de: a) insuficiencia cardíaca crónica sintomática (clase II-IV según clasificación de la NYHA), b) insuficiencia cardíaca sintomática estable debido a miocardiopatía dilatada, 2) Para adultos con insuficiencia cardíaca crónica sintomática: a) Se proporciona documentación de que el miembro tiene ritmo sinusal normal, b) Latidos del corazón en reposo iguales o mayores de 70 latidos por minuto o más, c) Fracción de eyección del ventrículo izquierdo (LVEF) igual a o menor que 35%, d) Paciente está en dosis máximas toleradas de beta-bloqueadores (ej. carvedilol, metoprolol succinate, bisoprolol) o tiene una contraindicación a beta-bloqueadores.

Restricción de edad: 6 meses de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Cardiólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

COSENTYX

Medicamentos:
Cosentyx 300 Dose
Cosentyx Sensoready 300 Dose

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico documentado: 1) Psoriasis en placa de moderada a severa: al menos 5% BSA o áreas cruciales del cuerpo tales como las manos, pies, cara o genitales. 2) Artritis Psoriásica Activa (PsA). 3) Espondilitis Anquilosante Activa (AS): a. Respuesta inadecuada a al menos 2 NSAIDs. 4) Resultado de prueba de tuberculosis latente. Si es positivo, debe estar en tratamiento. Resultado de tuberculosis debe tener una fecha menor de 12 meses previos a la solicitud.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Dermatólogo, 2) Reumatólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

COTELLIC

Medicamentos:
Cotellic

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: 1) Pacientes con melanoma BRAF de tipo salvaje.

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: Melanoma irresecable o metastásico, 2) Prueba positiva a mutación BRAF V600E o V600K, 3) Cotellic será utilizado en combinación con vemurafenib, 4) Prueba de función hepática: No más de 3 veces el límite superior de lo normal.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Oncólogo, 2) Hematólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: 1) La seguridad de COTELLIC no ha sido establecida en pacientes con un nivel de referencia de LVEF que esté por debajo del límite inferior normal (LLN) institucional o por debajo del 50%.

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

CRESEMBA

Medicamentos:
Cresemba

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: 1) Coadministración con inhibidores potentes de CYP3A4, tales como ketoconazole o dosis altas de ritonavir, 2) Coadministración con inductores potentes de CYP3A4, tales como rifampin, carbamazepine o barbitúricos de larga duración.

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: aspergilosis invasiva o mucormicosis, 2) Prueba de función hepática: No más de 3 veces el límite superior de lo normal.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Infectólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

CYSTAGON

Medicamentos:
Cystagon

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: cistinosis nefropática.

Restricción de edad: N/A

Restricciones de prescripción: 1) Nefrólogo, 2) Nefrólogo pediátrico, 3) Genetista, 4) Especialista en desórdenes metabólicos o genéticos.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

CYSTARAN

Medicamentos:
Cystaran

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: acumulación de cristales de cistina corneal en pacientes con cistinosis.

Restricción de edad: N/A

Restricciones de prescripción: 1) Oftalmólogo, 2) Especialista en desórdenes metabólicos o genéticos.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

DAURISMO

Medicamentos:
Daurismo

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: a) Leucemia mieloide aguda (AML) recientemente diagnosticada, 2) Debe ser utilizado en combinación con cytarabine en dosis bajas, 3) Para pacientes de 75 años de edad o mayores: No se requiere información adicional. Para pacientes menores de 75 años: se debe proporcionar documentación de comorbilidades que impidan el uso de quimioterapia de inducción intensiva.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Hematólogo, 2) Oncólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

ENBREL

Medicamentos:
Enbrel
Enbrel Mini
Enbrel SureClick

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico, 2) Para artritis reumatoide y artritis idiopática juvenil poliarticular (PJIA) documente: enfermedad es moderada a severa, 3) Para psoriasis en placa (PSO) documente: 5% BSA o áreas cruciales del cuerpo tales como las manos, pies, cara o genitales, 4) Para espondilitis anquilosante: Respuesta inadecuada a al menos 2 NSAIDs, 5) Resultado de prueba de tuberculosis latente. Si es positivo, debe estar en tratamiento. Resultado de tuberculosis debe tener una fecha menor de 12 meses previos a la solicitud, 6) Artritis psoriásica: no se requiere información médica adicional.

Restricción de edad: 1) PJIA: 2 años de edad o mayor, 2) PSO: 4 años de edad o mayor, 3) Para todas las demás indicaciones: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Dermatólogo, 2) Reumatólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

ENTECAVIR

Medicamentos:
Baraclude
Entecavir

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: Infección crónica por el virus de la Hepatitis B, 2) Documente lo siguiente: a. Antígeno de superficie de la Hepatitis B (HBsAg), b. Prueba de función hepática: No más de 3 veces el límite superior de lo normal.

Restricción de edad: 2 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Gastroenterólogo, 2) Infectólogo, 3) Hepatólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

ENTRESTO

Medicamentos:
Entresto

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: Historial de angioedema relacionado a terapia previa de inhibidores ECA o BRA.

Información médica requerida: 1) Diagnóstico de insuficiencia cardíaca crónica sintomática (clase II-IV según clasificación de la NYHA) con una fracción de eyección del ventrículo izquierdo (LVEF) igual a o menor que 40%, 2) Uso previo de: a. IECA O b. BRAs.

Restricción de edad: 1 año de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Cardiólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: Si utiliza actualmente en un inhibidor ECA o BRA, Entresto los remplazará.

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

EPCLUSA

Medicamentos:
Sofosbuvir-Velpatasvir

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico documentado de Hepatitis C crónica genotipo 1, 2, 3, 4, 5 o 6, 2) Documentación de estado de fibrosis hepática por uno de los siguientes: a. Evidencia clínica que indica el estado de la cirrosis según declarado por el médico prescriptor, b. Puntuación de biopsia de hígado METAVIR o equivalente alterno de puntuación, c. Imágenes radiológicas del hígado, d. Puntuación de la elastografía transitoria (FibroScan), e. Puntuación FibroTest (FibroSure), f. Puntuación APRI, 3) Indique si el paciente es nuevo o tiene experiencia, si tiene experiencia, documente uso previo de PEG-IFN, RBV, Inhibidores de la proteasa o polimerasa del HCV.

Restricción de edad: 6 años de edad y mayores o que pesen al menos 17 kg.

Restricciones de prescripción: 1) Hepatólogo, 2) Gastroenterólogo o 3) Especialista en enfermedades infecciosas.

Duración de cubierta: 12 semanas.

Otros criterios: Duración para genotipos 1,2, 3, 4, 5 y 6 durante 12 semanas, con o sin ribavirin, dependiendo del escenario clínico evaluado por el farmacéutico en pleno cumplimiento de las recomendaciones dadas en las guías actualizadas para HCV en el momento.

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

EPO

Medicamentos:
Procrit
Retacrit

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: 1) Hipertensión descontrolada.

Información médica requerida: 1) Documente lo siguiente: a. diagnóstico de anemia O b. reducción de transfusiones alogénicas de CRS en pacientes sometidos a cirugía electiva, no cardíaca, no vascular, 2) Para tratamiento de anemia documente la causa: a. CKD, b. zidovudine en pacientes afectados con VIH, O c. quimioterapia mielosupresora, 3) Para prescripción inicial en diagnóstico de anemia: a. Hgb es menor que 10 g/dL, 4) Para anemia asociada a zidovudine en pacientes con VIH: a. Uso concomitante con Zidovudine en una dosis máxima de 4200 mg/semana, 5) Para reducción de transfusiones alogénicas de células rojas sanguíneas en pacientes sometidos a cirugía electiva no cardíaca, no vascular documente: a. Niveles de Hgb deben ser mayor que 10 y menor o igual a 13 g/dL Y b. paciente tiene un alto riesgo de pérdida de sangre perioperatoria Y c. tipo de cirugía, 6) Para renovaciones: a. Paciente que recibió eritropoyetina en mes previo: un aumento en Hgb de al menos 1 g/dL después de al menos 12 semanas de terapia, b. Documentación de reservas de hierro adecuadas. Reservas adecuadas de hierro: ferritina sérica es al menos 100 mg/mL o la saturación de transferrina es al menos 20%.

Restricción de edad: N/A

Restricciones de prescripción: N/A

Duración de cubierta: 12 semanas.

Otros criterios: 1) Evaluación Parte D vs. Parte B también aplica. (*)

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

ERIVEDGE

Medicamentos:
Erivedge

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: 1) Embarazo.

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: a. Carcinoma basocelular metastásico (BCC) O, b. BCC localmente avanzado que recidivó luego de la cirugía o el paciente no es candidato a radiación o cirugía. 2) Documente lo siguiente: a. paciente recidivó luego de la cirugía O b. paciente no es un candidato para radiación o cirugía, 3) Afirmación de embarazo negativa.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Hematólogo, 2) Oncólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

ERLEADA

Medicamentos:
Erleada

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: a) cáncer de próstata metastásico sensible a la castración, b) cáncer de próstata no metastásico resistente a castración (NM-CRPC), 2) Documente: Paciente está recibiendo un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) concurrentemente o tuvo una orquiectomía bilateral.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Oncólogo, 2) Urólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

ESBRIET

Medicamentos:
Esbriet

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico de Fibrosis Pulmonar Idiopática.

Restricción de edad: 18 años o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Neumólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

FARYDAK

Medicamentos:
Farydak

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: Mieloma múltiple, 2) Documente lo siguiente: a. prescrito en combinación con bortezomib y dexamethasone, b. paciente ha recibido al menos 2 regímenes previos, incluyendo Bortezomib y un agente inmunomodulador (ej. thalomid y pomalidomide).

Restricción de edad: 18 años o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Oncólogo 2) Hematólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: Terapia será descontinuada luego de un total de 16 ciclos de tratamiento de por vida.

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

FASENRA

Medicamentos:
Fasenra

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: asma severa con un fenotipo eosinofílico, 2) Conteo eosinofílico en sangre mayor o igual a 300 células / mcL (dentro de las 6 semanas previas), 3) Evidencia de al menos 3 meses consecutivos de terapia con dosis altas de corticosteroides inhalados (ICS) en combinación con otros medicamentos controladores (ej, Agonista beta de acción prolongada (LABA), Antagonista del receptor de leucotrienos (LTRA) con el uso de corticosteroides orales (OCS).

Restricción de edad: 12 años o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Neumólogo, 2) Inmunólogo, 3) Alergista.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

FENTANYL PATCH

Medicamentos:
FentaNYL

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: 1) Pacientes que no sean tolerantes a opioides (Pacientes son considerados con tolerancia a opioides si toman al menos 60 mg de morfina oral por día, 25 mcg de fentanyl transdermal/hr, 30 mg de oxycodone oral diario, 8 mg de hydromorphone oral diario, 25 mg de oxymorphone diario o una dosis equianalgésica de otro opioide por una semana o más), 2) Pacientes con dolor agudo o intermitente, dolor posoperativo y/o dolor leve, 3) Pacientes que no requieren analgesia opioide continua.

Información médica requerida: 1) Documente TODO lo siguiente: a. Diagnóstico: dolor crónico (severo), en pacientes tolerantes a opioides Y b. fallo previo o intolerancia a analgésicos no-opioides y opioides de liberación inmediata.

Restricción de edad: 2 años o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Especialista en dolor, 2) Hematólogo, 3) Oncólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

FERRIPROX

Medicamentos:
Ferriprox

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: 1) Sobrecarga de hierro transfusional en pacientes con otras anemias crónicas.

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: sobrecarga de hierro transfusional debido al síndrome de talasemia, 2) Documente lo siguiente: a. Conteo absoluto de neutrófilos (ANC), b. CBC con diferencial, Y c. fallo a terapia actual de quelación.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Hematólogo, 2) Oncólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

FIRAZYR

Medicamentos:
Firazyr

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: Angioedema hereditario.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: N/A

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

FORTEO

Medicamentos:
Forteo

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: a. mujeres posmenopáusicas con osteoporosis (alto riesgo de fractura), b. hombres con osteoporosis primaria o hipogonadal, O c. osteoporosis asociada a terapia sistémica sostenida de glucocorticoides, 2) Documente lo siguiente: A. terapia previa para osteoporosis: a. fallo/intolerancia a bisfosfonatos, b. paciente tiene un riesgo mayor de fractura, c. múltiples riesgos de fractura, O B. historial de fractura osteoporótica.

Restricción de edad: 18 años o mayor.

Restricciones de prescripción: N/A

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: Terapia será descontinuada después de un total de 24 meses de tratamiento de por vida.

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

GATTEX

Medicamentos:
Gattex

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: Síndrome de Intestino Corto (SIC) en adultos que son dependientes de apoyo parenteral. 2) Laboratorios: a. Prueba de función hepática: ALT y AST: (No más de 3 veces el límite superior de lo normal), b. Bilirrubina, c. Amilasa y Lipasa.

Restricción de edad: 1 año de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Gastroenterólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

GILOTRIF

Medicamentos:
Gilotrif

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: a. cáncer pulmonar de células no-pequeñas metastásico O b. cáncer pulmonar de células no-pequeñas escamosas metastásico, 2) Para cáncer pulmonar de células no-pequeñas metastásico: documente los resultados de mutaciones del receptor de factor de crecimiento epidérmico no-resistente (EGFR) según detectado por una prueba aprobada por la FDA, 3) Para cáncer pulmonar de células no-pequeñas escamosas metastásico: documente uso previo de quimioterapia a basada en platino.

Restricción de edad: 18 años o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Neumólogo, 2) Oncólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

GROWTH HORMONE

Medicamentos:
Genotropin
Genotropin MiniQuick
Humatrope
Norditropin FlexPro
Nutropin AQ NuSpin 10
Nutropin AQ NuSpin 20
Nutropin AQ NuSpin 5
Serostim

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: 1) Neoplasia activa, retinopatía diabética proliferativa activa o severa no - proliferativa, enfermedad crítica aguda, 2) Epífisis cerrada para pacientes pediátricos, 3) Síndrome de Prader-Willi, en pacientes con obesidad severa; tiene historial de obstrucción de las vías respiratorias superiores o apnea del sueño, o tiene insuficiencia respiratoria severa, muerte súbita ha sido reportada, 4) Tumor intracraneal subyacente, evidencia de progresión o recurrencia, 5) Post trasplante de riñón, 6) Insuficiencia respiratoria.

Información médica requerida: 1) Deficiencia total o parcial de la hormona de crecimiento endógena evidenciada por 1 o más de los siguientes indicadores: a. Mínimo de 2 o más pruebas de estimulación de la hormona de crecimiento anómalas, secreción de la hormona de crecimiento es menor que 10ng/ml, b. Retraso de la edad ósea de 2 años o más (2 desviaciones estándar por debajo de la media para la edad cronológica), c. Desaceleración de la tasa de crecimiento demostrada por la desviación de la curva de crecimiento normal (tasa de crecimiento por debajo de 7 cm por año para niños de 3 años de edad y menores y menos de 4 - 5 cm por año para niños de 3 años de edad hasta la pubertad), 2) Para desgaste por VIH: a. Terapia antiretroviral actual, 3) Para GHD adulto (cumple con uno de los siguientes): a. Fallo a pruebas de estimulación con picos por debajo de 5 g/L, b. 3 o más deficiencias de PTH, c. GHD originada en la infancia sin mutaciones, lesiones embriopáticas o lesiones/daños estructurales irreversibles, IGF - 1 bajo antes de iniciar tratamiento y fallo a una prueba de estimulación (pico por debajo de 5 g/L) previo al comienzo del tratamiento para GH.

Restricción de edad: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

Restricciones de prescripción: 1) Endocrinólogo, 2) Especialista en enfermedades infecciosas, 3) Nefrólogo.

Duración de cubierta: Desgaste por VIH: 12 semanas. Todas las demás indicaciones: Fin de año contrato.

Otros criterios: 1) Para renovación de PWS solamente: composición del cuerpo ha mejorado, 2) Renovación para GHD adulto: Niveles de IGF-1 serán evaluados para confirmar lo apropiado de tx continuo, 3) Renovación para desgaste por VIH: BMI ha mejorado o estabilizado.

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

HETLIOZ

Medicamentos:
Hetlioz

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: Desorden de no dormir/despertar de 24 horas (Non-24).

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: N/A

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

HIGH RISK MEDICATIONS

Medicamentos:
Benztropine Mesylate
Butalbital-APAP-Caffeine
Cyclobenzaprine HCl
Cyproheptadine HCl
Dicyclomine HCl
Digox
Digoxin
Diphenoxylate-Atropine
Disopyramide Phosphate
Estradiol
Estradiol-Norethindrone Acet
GuanFACINE HCl
HydrOXYzine HCl
Indomethacin
Lomotil
Methyldopa
Norpace
Norpace CR
Phenadoz
Premarin
Promethazine HCl
Scopolamine

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Confirmación del médico que reconoce que el medicamento es de alto riesgo en pacientes de edad avanzada y que el paciente ha fallado y/o intentado al menos una alternativa que no sea de alto riesgo.

Restricción de edad: PA aplica a pacientes de 65 años de edad o mayor.

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

Restricciones de prescripción: N/A

Duración de cubierta: 1) Para cyclobenzaprine solamente: 21 días, renovaciones: 21 días. 2) Todos los demás medicamentos: Fin de año contrato.

Otros criterios: Para Cyclobenzaprine, Dicyclomine, Digoxin, Meclizine y Transderm-Scopolamine: solo se requiere certificación del proveedor sobre los riesgos y beneficios de la terapia.

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

HIGH RISK MEDICATIONS 2

Medicamentos:
PARoxetine HCl
PARoxetine HCl ER
Paxil
PHENobarbital
Trihexyphenidyl HCl

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Confirmación del médico que reconoce que el medicamento es de alto riesgo en pacientes de edad avanzada y que el paciente ha fallado y/o intentado al menos una alternativa que no sea de alto riesgo.

Restricción de edad: PA aplica a pacientes de 65 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: N/A

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: Para Phenobarbital: solo se requiere certificación del proveedor sobre los riesgos y beneficios de la terapia.

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

HUMAN PAPILLOMAVIRUS (HPV) VACCINE

Medicamentos:
Gardasil 9

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: N/A

Restricción de edad: 9 a 45 años de edad.

Restricciones de prescripción: N/A

Duración de cubierta: 6 a 12 meses, siguiendo el programa, ver Otros Criterios.

Otros criterios: 1) Siguiendo el programa: a) Para las edades de 9 a 14 años: 0, 6 a 12 meses O 0, 2 y 6 meses, b) Para las edades de 15 a 45 años: 0, 2 y 6 meses.

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

HUMIRA

Medicamentos:
Humira
Humira Pediatric Crohn's Start
Humira Pen
Humira Pen-CD/UC/HS Starter
Humira Pen-Ps/UV/Adol HS Start

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: 1) Infección activa (incluyendo TB), 2) Terapia combinada con otro(s) agente(s) biológico(s).

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: a. artritis reumatoide, b. artritis psoriásica, c. espondilitis anquilosante, d. artritis idiopática juvenil, e. enfermedad de Crohn, f. colitis ulcerativa, g. psoriasis en placa, h. hidradenitis supurativa, O uveítis 2) Resultado de prueba de tuberculosis latente. Si es positivo, debe estar en tratamiento. Resultado de tuberculosis debe tener una fecha menor de 12 meses previos a la solicitud, 3) Para enfermedad de Crohn documente: a. Respuesta inadecuada a al menos 2 de los siguientes: Corticosteroides, Sulfasalazine, Azathioprine, Mesalamine, 6-mercaptopurine o Methotrexate, 4) Para enfermedad de Crohn pediátrica documente: Respuesta inadecuada a al menos 2 de los siguientes: Corticosteroides, Azathioprine, 6-mercaptopurine o Methotrexate, 5) Para Psoriasis en placa: 5% BSA o áreas cruciales del cuerpo tales como las manos, pies, genitales, cabeza, 6) Para Espondilitis Anquilosante: Respuesta inadecuada a al menos 2 NSAIDs, 7) Para Colitis Ulcerativa documente: respuesta inadecuada a al menos 2 de los siguientes: Corticosteroides, Azathioprine o 6-mercaptopurine. 8) Para hidradenitis supurativa, artritis idiopática juvenil, uveítis y artritis psoriásica: no se requiere información médica adicional.

Restricción de edad: 1) Para Artritis Reumatoide, Artritis Psoriásica, Espondilitis Anquilosante, Enfermedad de Crohn en Adulto, Colitis Ulcerativa, y Psoriasis en Placa: 18 años de edad o mayor. 2) Para Artritis Idiopática Juvenil: 2 años de edad o mayor. 3) Para Enfermedad de Crohn Pediátrica: 6 años de edad o mayor. 4) Para Hidradenitis Supurativa: 12 años de edad o mayor. 5) Para Uveítis: 2 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Reumatólogo, 2) Gastroenterólogo, 3) Dermatólogo, 4) Oftalmólogo.

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

IBRANCE

Medicamentos:
Ibrance

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico documentado: cáncer de mama avanzado o metastásico receptor hormonal (HR) positivo, receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) negativo, 2) Si es utilizado en combinación con un inhibidor de la aromatasa (ej. letrozole, exemestane, anastrozole), documente si paciente es posmenopáusica u hombre, 3) Si es utilizado en combinación con fulvestrant, documente la progresión de la enfermedad luego de terapia endocrina.

Restricción de edad: 18 años o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Oncólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

ICLUSIG

Medicamentos:
Iclusig

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: a. leucemia mieloide crónica con T315I-positivo (CML), b. leucemia linfoblástica aguda con cromosoma Filadelfia T315I-positivo (Ph+ALL), c. leucemia mieloide crónica, O Ph+ALL, 2) Para CML T315I-positivo documente lo siguiente: a. fase de la enfermedad, b. resultados positivos para mutación de T3151, 3) Para Ph+ ALL T315I positivo documente lo siguiente: a. resultados positivos para mutación de T3151, b. resultado positivo para cromosoma Filadelfia, 4) Para leucemia mieloide crónica documente lo siguiente: a. fase de la enfermedad, b. documente intolerancia o contraindicación a otra terapia de inhibidor de la tirosina quinasa, 5) Para Ph+ ALL documente lo siguiente: a. resultado positivo para cromosoma Filadelfia, b. documente intolerancia o contraindicación a otra terapia de inhibidor de la tirosina quinasa, 6) Para renovaciones: documente respuesta a tratamiento.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Oncólogo 2) Hematólogo.

Duración de cubierta: 1) Inicial: 3 meses, 2) Renovaciones: fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

IDHIFA

Medicamentos:
IDHIFA

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico de leucemia mieloide aguda recidivante o refractaria (LMA). 2) Mutación de la isocitrato deshidrogenasa-2 (IDH2) documentada según detectada por una prueba aprobada por el FDA.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Hematólogo, 2) Oncólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

IMATINIB

Medicamentos:
Imatinib Mesylate

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: a. leucemia mieloide crónica Filadelfia positivo (Ph+CML), b. leucemia linfoblástica aguda Filadelfia positivo (Ph+ALL), c. enfermedad mielodisplásica/mieloproliferativa d. mastocitosis sistémica agresiva, e. síndrome hipereosinofílico y/o leucemia eosinofílica crónica f. dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP), O g. tumores del estroma gastrointestinal (GIST), 2) Para adultos con Ph+ALL documente: recaída de la enfermedad, 3) Para Ph+ALL pediátrico documente: a. recientemente diagnosticado Y b. prescrito en combinación con quimioterapia, 4) Para DFSP documente: enfermedad es irresecable, recurrente y/o metastásica, 5) Para GIST documente: a. resultado positivo para CD117, Y b. uno de lo siguiente: 1. enfermedad es irresecable y/o metastásica, 2. Uso de Imatinib para terapia adyuvante después de la resección, O 3. GIST es resecable e Imatinib será utilizado para mejorar la morbilidad quirúrgica mediante la reducción del tamaño del tumor preoperatoriamente.

Restricción de edad: N/A

Restricciones de prescripción: 1) Hematólogo, 2) Oncólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

IMBRUVICA

Medicamentos:
Imbruvica

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: a. linfoma de células del manto (LCM), b. leucemia linfocítica crónica (LLC)/linfoma linfocítico pequeño (LLP) con o sin deleción 17p, c. macroglobulinemia de Waldenstrom (WM), d. linfoma de la zona marginal, O e) enfermedad crónica de injerto contra huésped (cGVHD). 2) Para LCM: documente tratamiento previo. 3) Para linfoma de la zona marginal: documente uso previo de terapia anti-CD20. 4) Para cGVHD: documente fallo a una o más líneas de terapia sistémica. 5) Para LLC/LLP: puede administrarse como agente único, en combinación con rituximab u obinutuzumab, o en combinación con bendamustina y rituximab. 6) Para WM: puede ser utilizado en combinación con rituximab o como agente único.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Oncólogo, 2) Hematología, 3) Especialista en trasplante.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

IMMUNESUPPRESANTS

Medicamentos:
Azasan
AzaTHIOprine
CellCept
CycloSPORINE
CycloSPORINE Modified
Gengraf
Imuran
Mycophenolate Mofetil
Mycophenolate Sodium
Myfortic
Neoral
Prograf
Rapamune
SandIMMUNE
Sirolimus
Tacrolimus
Zortress

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico.

Restricción de edad: N/A

Restricciones de prescripción: N/A

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: 1) Evaluación Parte D vs. Parte B también aplica. (*)

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

INCRELEX

Medicamentos:
Increlex

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: 1) Cierre de la epífisis, neoplasia activa, o uso concurrente con una terapia de GH. 2) Paciente tiene causas secundarias de deficiencia de IGF-1 (ej. hipotiroidismo, neoplasia, enfermedad crónica sistémica, trastornos del esqueleto, desnutrición, enfermedad celíaca).

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: a. fallo en crecimiento con IGFD primaria severa O b. deleción del gen de hormona de crecimiento con anticuerpos neutralizantes contra GH, 2) Para fallo en crecimiento con IGFD primaria severa, documente lo siguiente: a. Puntuación de la desviación estándar de estatura, b. Niveles de hormona de crecimiento, c. Puntuación de la desviación estándar de IGF-1.

Restricción de edad: 2 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Endocrinólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

INJECTABLE MULTIPLE SCLEROSIS

Medicamentos:
Avonex
Avonex Pen
Avonex Prefilled
Betaseron
Copaxone
Glatiramer Acetate

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: Esclerosis Múltiple (EM).

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Neurólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

INJECTABLE TESTOSTERONE

Medicamentos:
Testosterone Cypionate
Testosterone Enanthate

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: 1) Varones con carcinoma de mama, 2) Varones con carcinoma conocido o sospechado de la glándula prostática.

Información médica requerida: 1) Diagnóstico, 2) Para hipogonadismo: Antes de comenzar la terapia de testosterona el paciente tuvo (o actualmente tiene) un nivel bajo de testosterona confirmado (i.e. testosterona total matinal menor que 300 ng/dL, testosterona libre matinal menor que 9 ng/dL) o ausencia de testosterona endógena.

Restricción de edad: 12 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: N/A

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

INLYTA

Medicamentos:
Inlyta

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: carcinoma de células renales avanzado (RCC), 2) Documente la progresión de la enfermedad luego de al menos 1 terapia sistémica previa para RCC. Ejemplos de terapias sistémicas previas para RCC incluyen regímenes que contienen pazopanib, sorafenib, sunitinib, y citocinas (interferón alfa o interleucina-2).

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Hematólogo, 2) Oncólogo, 3) Urólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

INREBIC

Medicamentos:
Inrebic

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Documente si el paciente tiene mielofibrosis intermedia o de alto riesgo (MF): a. Pacientes de MF intermedia y de alto riesgo incluyen a cualquiera sobre la edad de 65 o quien tiene o haya tenido cualquiera de los siguientes: anemia, síntomas constitucionales, conteo elevado de células blancas o blastocitos o conteo de plaquetas menor que 100 X 109/L, b. Para continuar la terapia por más de 6 meses, documente la reducción del tamaño del bazo o mejoría de los síntomas desde el comienzo de la terapia con Inrebic (35% o más de reducción en el volumen del bazo en MRI o CT), 2) Documente los niveles de referencia de: a) tiamina (vitamina B1), b) hemograma completo con plaquetas, c) creatinina y BUN, d) panel hepático, e) amilasa y lipasa.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: N/A

Duración de cubierta: 1) Evaluación inicial: 6 meses. 2) Renovaciones: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

IRESSA

Medicamentos:
Iressa

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico documentado de cáncer pulmonar de células no-pequeñas metastásico cuyos tumores tengan supresiones del exón 19 del receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) o mutaciones de sustitución del exón 21 (L858R).

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Oncólogo, 2) Neumólogo, 3) Hematólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

IVIG

Medicamentos:
Gammagard
Gammagard S/D Less IgA
Gammaplex
Gamunex-C

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: Deficiencia de IgA con anticuerpos contra IgA y un historial de hipersensibilidad, historial de anafilaxia o reacción sistémica severa a inmunoglobulina humana o componentes del producto. Para Carimune, historial de anafilaxia o reacción sistémica severa a inmunoglobulina humana o componentes del producto.

Información médica requerida: 1) Diagnóstico, 2) Documente al menos una terapia sistémica previa, 3) CBC con diff, 4) BMP.

Restricción de edad: N/A

Restricciones de prescripción: N/A

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: Evaluación Parte D vs. Parte B también aplica. (*)

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

JADENU

Medicamentos:
Jadenu
Jadenu Sprinkle

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: 1) Depuración de Creatinina (CRCL) menor que 40 mL/min, 2) Insuficiencia hepática severa, 3) Conteo de plaquetas menor que 50,000/mcL, 4) Paciente con un estado de desempeño pobre y síndrome mielodisplásico de alto riesgo (MDS) o neoplasias malignas avanzadas.

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: a) sobrecarga crónica de hierro debido a transfusiones de sangre, b) sobrecarga crónica de hierro en pacientes con síndromes de talasemia no dependiente de transfusiones (NTDT), 2) Depuración de Creatinina (CRCL) mayor que 40 mL/min, 3) Documente falta de insuficiencia hepática severa, 4) Prueba de bilirrubina como evidencia de que el nivel de bilirrubina se midió antes del inicio del tratamiento, 5) Plaquetas mayor a 50, 000/mcL.

Restricción de edad: 1) Para sobrecarga crónica de hierro debido a transfusiones de sangre: 2 años y mayor, 2) Para sobrecarga crónica de hierro con NTDT: 10 años de edad y mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Hematólogo, 2) Oncólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

JAKAFI

Medicamentos:
Jakafi

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Documente si el paciente tiene mielofibrosis intermedia o de alto riesgo (MF): a. Pacientes de MF intermedia y de alto riesgo incluyen a cualquiera sobre la edad de 65 o quien tiene o haya tenido cualquiera de los siguientes: anemia, síntomas constitucionales, conteo elevado de células blancas o blastocitos o conteo de plaquetas menor que 100 X 109/L, b. Para continuar la terapia por más de 6 meses, documente la reducción del tamaño del bazo o mejoría de los síntomas desde el comienzo de la terapia con Jakafi (50% de reducción en la longitud palpable del bazo desde el nivel de referencia antes del tratamiento o un 35% de reducción en el volumen del bazo en MRI o CT), 2) Documente si el paciente tiene policitemia vera (PV): a. Si el paciente tuvo una respuesta inadecuada a o es intolerante a hydroxyurea, 3) Documente si el paciente tiene enfermedad aguda de injerto contra huésped (GVHD) refractaria a los esteroides, 4) CBC.

Restricción de edad: 1) Para MF y PV: 18 años de edad o mayor, 2) Para GVHD: 12 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: N/A

Duración de cubierta: 1) Para MF: Inicial: 6 meses, renovaciones: Fin de año contrato 2) Para PV y GVHD: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

JUXTAPID

Medicamentos:
Juxtapid

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: 1) Embarazo, 2) Uso concurrente de inhibidores potentes o moderados de CYP3A4, 3) Insuficiencia hepática moderada o severa o enfermedad hepática activa incluyendo pruebas de función hepática persistentemente anormales sin explicación.

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: hipercolesterolemia familiar homocigótica, 2) Documente lo siguiente: a. Prueba de función hepática: No más de 3 veces el límite superior de lo normal, b. Niveles de bilirrubina: a. 0.2 a 0.8mg/dL, c. Afirmación negativa de embarazo, 3) Para LDL-C sin tratar proveer valores superiores a 500mg/dL para el diagnóstico de HoFH, 4) Uso previo de Estatinas o Ezetimibe por al menos 90 días en los pasados 12 meses.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Cardiólogo 2) Genetista 3) Endocrinólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: 1) Paciente debe comenzar en una dosis inicial de 5mg.

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

KALYDECO

Medicamentos:
Kalydeco

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: 1) pacientes homocigotos para la mutación F508del en el gen CFTR.

Información médica requerida: 1) Diagnóstico de Fibrosis Quística (CF) en pacientes con mutación A1067T, A455E, D110E, D110H, D1152H, D1270N, D579G, E193K, E56K, F1052V, F1074L, G1069R, G1244E, G1349D, G178R, G551D, G551S, K1060T, L206W, P67L, R1070Q, R1070W, R117C, R117H, R347H, R352Q, R74W, S1251N, S1255P, S549N, S549R, S945L, S977F , 2789+5G-A, 3272-26A-G, 3849+10kbC-T, 711+3A-G o E831X en el gen CFTR, 2) Resultados de los niveles de referencia de FEV1, 3) Prueba de función hepática: No más de 3 veces el límite superior de lo normal.

Restricción de edad: 6 meses y mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Neumólogo.

Duración de cubierta: Inicial: 3 meses, renovaciones: fin de año contrato.

Otros criterios: 1) Para renovaciones documente lo siguiente: a) Mejoría en niveles de FEV1, 2) Disminución en el número de exacerbaciones pulmonares.

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

KISQALI

Medicamentos:
Kisqali 200 Dose
Kisqali 400 Dose
Kisqali 600 Dose
Kisqali Femara 200 Dose
Kisqali Femara 400 Dose
Kisqali Femara 600 Dose

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Documente diagnóstico para cáncer de mama avanzado o metastásico, 2) Si es utilizado en combinación con un inhibidor de la aromatasa (ej. anastrozole, exemestane, letrozole), documente: a) utilizado como terapia endocrina inicial, b) paciente es pre/peri-menopáusica o postmenopáusica, 3) Si es utilizado en combinación con fulvestrant, documente: a) utilizado como terapia endocrina inicial o progresión de la enfermedad luego de terapia endocrina, b) paciente es postmenopáusica, 4) Resultado de la prueba de biomarcadores evidenciando: a) Receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) negativo, b) Receptor hormonal (HR) positivo, 5) Solo para mujeres posmenopáusicas, documente intolerancia o contraindicación a al menos uno de los siguientes: a) Ibrance o b) Verzenio.

Restricción de edad: N/A

Restricciones de prescripción: Oncólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: 1) Para Kisqali Femara Co-Pack, uso concurrente de inhibidores de la aromatasa (e.g. anastrozole, exemestane, letrozole) no es requerido.

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

KORLYM

Medicamentos:
Korlym

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: 1) Embarazo, 2) Uso de simvastatin o lovastatin y sustratos de CYP3A con un rango terapéutico estrecho, 3) Uso concurrente a largo tiempo de corticosteroides, 4) Mujeres con un historial de sangrado vaginal inexplicable, 5) Mujeres con hiperplasia endometrial con atipia o carcinoma de endometrio.

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: hiperglucemia secundaria a hipercortisolismo en pacientes adultos con Síndrome de Cushing Endógeno que tienen diabetes mellitus tipo 2 o intolerancia a glucosa y han fallado a cirugía pituitaria o no son candidatos a cirugía pituitaria, 2) Afirmación de embarazo negativa.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: N/A

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

KUVAN

Medicamentos:
Kuvan

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: Hiperfenilalaninemia debida a PKU que responde a tetrahidrobiopterina-(BH4), 2) Para renovación: el médico debe documentar una disminución en los niveles de fenilalanina.

Restricción de edad: N/A

Restricciones de prescripción: 1) Genetista, 2) Médico especializado en desórdenes metabólicos o genéticos.

Duración de cubierta: Inicial: 3 meses, renovaciones: fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

LENVIMA

Medicamentos:
Lenvima 10 MG Daily Dose
Lenvima 12 MG Daily Dose
Lenvima 14 MG Daily Dose
Lenvima 18 MG Daily Dose
Lenvima 20 MG Daily Dose
Lenvima 24 MG Daily Dose
Lenvima 4 MG Daily Dose
Lenvima 8 MG Daily Dose

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: a) cáncer de tiroides diferenciado (DTC), b) cáncer de células renales (RCC), c) carcinoma hepatocelular (HCC) o d) carcinoma endometrial avanzado. 2) Para DTC: documente que el tumor es localmente recurrente o metastásico, progresivo, fallo o no responde a tratamiento de yodo radiactivo. 3) Para RCC: a) Documente que el paciente tiene RCC avanzado y ha utilizado una terapia angiogénica previa (por ejemplo: Sutent, Inlyta, Nexavar o Votrient). b) Documente que el paciente utilizará levatinib en combinación con everolimus. 4) Para HCC: documente que la enfermedad es irresecable. 5) Para carcinoma endometrial avanzado: a) debe ser utilizado en combinación con pembrolizumab, b) carcinoma endometrial avanzado no es de alta inestabilidad de microsatélites (IMS-A) o deficiente en la reparación de errores de emparejamiento (dMMR), c) documente progresión de la enfermedad después de la terapia sistémica previa y paciente no es candidato para cirugía curativa o radiación.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: Oncólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

LETAIRIS

Medicamentos:
Ambrisentan
Letairis

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: 1) Embarazo, 2) Fibrosis Pulmonar Idiopática.

Información médica requerida: 1) Diagnóstico de Hipertensión Arterial Pulmonar, grupo 1 según la clasificación de la OMS, 2) Resultados de cateterismo cardíaco: a. Presión media de la arteria pulmonar (mmHg) O, b. Presión capilar pulmonar en cuña (mmHg), 3) Resultado de la prueba vasodilatadora aguda (requerida para pacientes con Hipertensión Arterial Pulmonar Idiopática SOLAMENTE).

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Neumólogo, 2) Cardiólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

LEUKINE

Medicamentos:
Leukine

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: 1) Hipersensibilidad a productos derivados de la levadura. 2) Uso de Leukine dentro de 24 horas, antes o después, de la quimioterapia o radioterapia. 3) Uso de Leukine para profilaxis de FN. 4) Cuando Leukine es utilizado para tratamiento de FM aguda: el paciente recibió profilaxis con Neulasta durante el ciclo corriente de quimioterapia. 5) Cuando Leukine es usado leucemia mieloide aguda (AML): exceso de blastos mieloides leucémicos (mayor que o igual a 10%) en la médula ósea o sangre periférica.

Información médica requerida: 1) Diagnóstico, 2) CBC con diferencial, 3) Panel metabólico completo (CMP), 4) Peso corporal.

Restricción de edad: N/A

Restricciones de prescripción: N/A

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: Evaluación Parte D vs. Parte B también aplica. (*)

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

LIDOCAINE PATCH

Medicamentos:
Lidocaine

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: dolor asociado a neuralgia post-herpética.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: N/A

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

LINEZOLID

Medicamentos:
Linezolid
Zyvox

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: 1) Síndrome Carcinoide (a menos que esté monitoreado para signos / síntomas del Síndrome de la Serotonina), 2) Uso concomitante de MAOIs (ej. phenelzine, isocarboxazid) o uso dentro de 2 semanas de estar tomando un MAOI, 3) Uso concomitante de inhibidores de la recaptación de serotonina, antidepresivos tricíclicos, triptanos, meperidine o buspirone (a menos que esté monitoreado para signos / síntomas del Síndrome de la Serotonina), 4) Uso concomitante de agentes simpatomiméticos (ej. pseudoephedrine), agentes vasopresores (ej. epinephrine, norepinephrine) o agentes dopaminérgicos (ej. dopamine) (a menos que esté monitoreado para un potencial aumento de la presión sanguínea), 5) Hipertensión descontrolada (a menos que esté monitoreado para un potencial aumento de la presión sanguínea), 6) Feocromocitoma (a menos que esté monitoreado para un aumento potencial de presión sanguínea), 7) Tirotoxicosis (a menos que esté monitoreado para un aumento potencial de presión sanguínea).

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: a. neumonía nosocomial, b. neumonía adquirida en la comunidad, c. infección de la piel, O d. infección con Enterococcus faecium resistente a Vancomycin, 2) Resultados de cultivo.

Restricción de edad: N/A

Restricciones de prescripción: N/A

Duración de cubierta: 31 días.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

LINZESS

Medicamentos:
Linzess

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: Conocimiento o sospecha de obstrucción gastrointestinal mecánica.

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: a. síndrome del intestino irritable con estreñimiento O b. estreñimiento idiopático crónico.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: Gastroenterólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: 1) Estreñimiento idiopático crónico: cápsulas de 145 mcg y cápsulas de 72mcg, 2) Síndrome del intestino irritable: estreñimiento predominante: cápsulas de 290mcg.

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

LONSURF

Medicamentos:
Lonsurf

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: a) cáncer colorrectal metastásico o b) cáncer gástrico o adenocarcinoma en la unión gastroesofágica metastásicos. 2) Para cáncer colorrectal metastásico: Documentación de que fue tratado previamente con quimioterapia que contenga: a) fluoropirimidina-, oxaliplatino-, y b) irinotecán, y c) terapia anti-VEGF, y d) si es RAS tipo salvaje, terapia anti EGFR, 3) Para cáncer gástrico o adenocarcinoma en la unión gastroesofágica metastásicos: Documentación de que fue tratado previamente con: a) al menos dos líneas previas de quimioterapia que incluyeron una fluoropirimidina, un platino, ya sea taxano o irinotecán, y b) si es apropiado, una terapia dirigida a HER2/neu.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Hematólogo, 2) Oncólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

LORBRENA

Medicamentos:
Lorbrena

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: cáncer pulmonar de células no-pequeñas (NSCLC) metastásico, positivo a cinasa del linfoma anaplásico (ALK), 2) Documente progresión de la enfermedad en: a) crizotinib y al menos un inhibidor de ALK para enfermedad metastásica, O b) alectinib, O c) ceritinib.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Oncólogo, 2) Neumólogo, 3) Hematólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

LYNPARZA

Medicamentos:
Lynparza

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: a) cáncer de ovarios avanzado, b) cáncer ovárico epitelial avanzado o recurrente, c) cáncer de trompas de Falopio avanzado o recurrente, d) cáncer primario peritoneal avanzado o recurrente, e) cáncer de seno metastásico, O f) adenocarcinoma pancreático metastásico. 2) Para cáncer de ovarios avanzado documente lo siguiente: a. mutación gBRCA o sospecha, b. tratamiento previo con al menos tres regímenes de quimioterapia. 3) Para cáncer ovárico epitelial avanzado o recurrente, cáncer de trompas de Falopio O cáncer primario peritoneal documente: tratamiento previo con un régimen que contenga platino. 4) Para cáncer de seno metastásico documente lo siguiente: a) mutación gBRCA o sospecha, b) Resultado de la prueba de biomarcadores evidenciando: i) Receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) negativo, ii) Receptor hormonal (HR) positivo. 5) Si es receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) negativo: documente tratamiento previo de quimioterapia. 6) Si es receptor hormonal (HR) positivo para cáncer de seno: paciente debe haber sido tratado con una terapia endocrina previa o es considerado inapropiado para terapia endocrina. 7) Para el adenocarcinoma pancreático metastásico, documente lo siguiente: a) mutación deletérea o sospechosa de ser deletérea de BRCA en línea germinal, b) la enfermedad no ha progresado en al menos 16 semanas de un régimen de primera línea de quimioterapia basado en platino.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Oncólogo 2) Hematólogo, 3) Gastroenterólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

MAVYRET

Medicamentos:
Mavyret

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: 1) Pacientes con insuficiencia hepática severa (Child-Pugh C), 2) coadministración con atazanavir y rifampin.

Información médica requerida: 1) Diagnóstico documentado de hepatitis C crónica genotipo 1, 2, 3, 4, 5 o 6. 2) Documentación de estado de fibrosis hepática por uno de los siguientes: a. Evidencia clínica que indica el estado de la cirrosis según declarado por el médico prescriptor, b. Puntuación de biopsia de hígado METAVIR o equivalente alterno de puntuación, c. Imágenes radiológicas del hígado, d. Puntuación de la elastografía transitoria (FibroScan), e. Puntuación FibroTest (FibroSure), f. Puntuación APRI. 3) Indique si el paciente es nuevo o tiene experiencia, si tiene experiencia, documente uso previo de PEG-IFN, RBV, Inhibidores de la proteasa o polimerasa del HCV.

Restricción de edad: 12 años de edad o mayor o con un peso mínimo de 45 kg.

Restricciones de prescripción: 1) Hepatólogo, 2) Gastroenterólogo o, 3) Especialista en enfermedades infecciosas.

Duración de cubierta: 8 a 16 semanas basado en las características de HCV y del paciente, ver Otros Criterios.

Otros criterios: Duración para genotipos 1, 2, 3, 4, 5 y 6 durante 8 - 16 semanas dependiendo del escenario clínico evaluado por el farmacéutico en pleno cumplimiento de las recomendaciones dadas en las guías actualizadas para HCV en el momento.

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

MAYZENT

Medicamentos:
Mayzent

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: 1) Pacientes con genotipo CYP2C9 3/3, 2) Pacientes que en los últimos 6 meses experimentaron infarto del miocardio, angina inestable, accidente cerebrovascular, AIT, fallo cardiaco descompensado que requiera hospitalización o fallo cardíaco Clase III/IV, 3) Historial o presencia de bloqueo atrioventricular (AV) de segundo grado o tercer grado tipo Mobitz II o síndrome del seno enfermo, a menos que el paciente tenga un marcapaso en funcionamiento.

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: Esclerosis Múltiple (EM), 2) Documente que el paciente ha sido probado para variantes de CYP2C9 para determinar el genotipo CYP2C9.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Neurólogo.

Duración de cubierta Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

MEGESTROL 1

Medicamentos:
Megestrol Acetate Suspension

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: Caquexia o una pérdida de peso significante o inexplicable en pacientes con un diagnóstico de síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). 2) Si el paciente tiene 65 años de edad o más, documente confirmación del médico que reconoce que el medicamento es de alto riesgo en pacientes de edad avanzada y que el paciente ha fallado y/o intentado al menos una alternativa que no sea de alto riesgo.

Restricción de edad: N/A

Restricciones de prescripción: N/A

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

MEGESTROL 2

Medicamentos:
Megestrol Acetate Tableta

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: tratamiento paliativo del carcinoma avanzado de mama o endometrio (ej, enfermedad recurrente, inoperable o metastásica). 2) Si el paciente tiene 65 años de edad o más, documente confirmación del médico que reconoce que el medicamento es de alto riesgo en pacientes de edad avanzada.

Restricción de edad: N/A

Restricciones de prescripción: N/A

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

MEKINIST

Medicamentos:
Mekinist

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: a. melanoma con involucramiento de nódulo(s) linfático(s), b. melanoma irresecable o metastásico, c. cáncer pulmonar de células no-pequeñas metastásico O d. cáncer de tiroides anaplásico localmente avanzado o metastásico (ATC), 2) Para melanoma con involucramiento de nódulo(s) linfático(s), documente lo siguiente: a. resultados positivos para mutaciones BRAF V600E o V600K, b. resección completa, c. debe ser utilizado en combinación con dabrafenib, 3) Para melanoma irresecable o metastásico, documente lo siguiente: a. resultados positivos para mutaciones BRAF V600E o V600K, b. indicado como agente único o en combinación con dabrafenib, 4) Para cáncer pulmonar de células no-pequeñas metastásico documente lo siguiente: a. resultados positivos para mutaciones BRAF V600E Y b. debe ser utilizado en combinación con dabrafenib, 5) Para cáncer de tiroides anaplásico localmente avanzado o metastásico (ATC), documente lo siguiente: a. resultados positivos para mutación BRAF V600E, b. ninguna opción de tratamiento locoregional satisfactoria, Y c. debe ser utilizado en combinación con dabrafenib.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Oncólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

MEKTOVI

Medicamentos:
Mektovi

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: melanoma irresecable o metastásico, 2) Prueba positiva a mutación BRAF V600E o V600K, 3) Encorafenib en combinación con Binimetinib.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Oncólogo, 2) Dermatólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

MEPERIDINE

Medicamentos:
Demerol
Meperidine HCl

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: dolor moderado a severo O 2) documente procedimiento.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: N/A

Duración de cubierta: Para procedimientos: Un mes. Para cualquier otro propósito: 3 meses.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

MODAFINIL

Medicamentos:
Modafinil
Provigil

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: somnolencia excesiva asociada a: a. narcolepsia, b. apnea obstructiva del sueño O c. desorden del sueño por turnos de trabajo, 2) Para apnea obstructiva del sueño: a. Terapias actuales para apnea del sueño.

Restricción de edad: 17 años de edad y mayor.

Restricciones de prescripción: N/A

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

NAMENDA

Medicamentos:
Memantine HCl
Memantine HCl ER
Namenda XR Titration Pack

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: Tratamiento de demencia moderada a severa de tipo Alzheimer, 2) Uso previo de memantina de liberación inmediata, 3) Para suspensión oral: documente trastorno de deglución o incapacidad para tragar tabletas.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: N/A

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

NATPARA

Medicamentos:
Natpara

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: 1) Pacientes que están en riesgo mayor de desarrollar osteosarcoma (incluyendo aquellos con enfermedad ósea de Paget o elevaciones inexplicables de la fosfatasa alcalina, pacientes pediátricos y adultos jóvenes con epífisis abierta, pacientes con desórdenes hereditarios predisponentes a osteosarcoma o pacientes con historial previo de terapia de haz externo o radiación de implante que implica el esqueleto), 2) Pacientes con hipoparatiroidismo causado por mutaciones del receptor sensor de calcio, 3) Pacientes con hipoparatiroidismo post quirúrgico agudo.

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: hipocalcemia en pacientes con hipoparatiroidismo, 2) Calcio sérico (corregido por albúmina): el nivel debe ser superior a 7.5 mg.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Endocrinólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

NERLYNX

Medicamentos:
Nerlynx

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: a) cáncer de mama HER2 positivo en estadio temprano, o b) cáncer de mama HER2 positivo avanzado o metastásico. 2) Documente: a) Para el cáncer de seno en etapa temprana HER2 positivo: tratamiento con terapia basada en trastuzumab, o b) para cáncer de seno HER2 positivo avanzado o metastásico: i) prescrito en combinación con capecitabina, y ii) tratamiento previo con dos o más regímenes basados en anti-HER2, y c) para todos los diagnósticos: resultados positivos para HER2.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Hematólogo, 2) Oncólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

NEUPOGEN / NEULASTA

Medicamentos:
Neulasta
Neupogen

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: 1) Para Neupogen: Hipersensibilidad a proteínas derivadas de E. coli, 2) Para Neulasta: No está indicado para la movilización de células progenitoras de sangre periférica para trasplante de células madre hematopoyéticas.

Información médica requerida: 1) Para Neupogen documente: a. pacientes de cáncer recibiendo quimioterapia O b. pacientes de cáncer sometidos a trasplante de médula ósea O c. pacientes sometidos a leucaféresis O d. neutropenia crónica grave O e. exposición a dosis mielosupresora de radiación, 2) Para Neulasta documente: a. paciente de cáncer recibiendo quimioterapia O b. exposición a dosis mielosupresora de radiación, 3) Documente los siguientes resultados de laboratorio: a. Conteo de plaquetas Y b. CBC con diferencial.

Restricción de edad: N/A

Restricciones de prescripción: 1) Hematólogo, 2) Oncólogo, 3) Especialista en enfermedades infecciosas.

Duración de cubierta: 3 meses.

Otros criterios: Evaluación Parte D vs. Parte B también aplica. (*)

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

NEXAVAR

Medicamentos:
NexAVAR

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: 1) Combinación con carboplatin y paclitaxel en pacientes con cáncer pulmonar de células escamosas.

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: a. carcinoma hepatocelular (HCC), b. carcinoma de células renales (RCC), O c. carcinoma de tiroides diferenciado localmente recurrente o metastásico (DTC), 2) Para HCC: documente que la enfermedad es irresecable, 3) Para RCC documente uno de los siguientes: a. Recaída de la enfermedad, b. Etapa IV y la enfermedad es médicamente o quirúrgicamente irresecable, c. Progresión a pesar de la terapia con citocinas, 4) Para DTC localmente recurrente o metastásico documente: fallo /no responde a tratamiento con yodo radiactivo.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Oncólogo, 2) Nefrólogo, 3) Gastroenterólogo, 4) Hepatólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

NINLARO

Medicamentos:
Ninlaro

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: Mieloma múltiple, 2) Documente si el paciente ha recibido al menos una terapia previa, 3) Uso en combinación con lenalidomide y dexamethasone debe ser documentado.

Restricción de edad: N/A

Restricciones de prescripción: 1) Hematólogo, 2) Oncólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: Indicado en los días 1, 8 y 15 de un ciclo de 28 días.

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

NITYR

Medicamentos:
Nityr

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Documente lo siguiente: a. paciente tiene un diagnóstico de tirosinemia hereditaria tipo 1.

Restricción de edad: N/A

Restricciones de prescripción: 1) Médico especializado en desórdenes metabólicos o genéticos, 2) Genetista, 3) Gastroenterólogo, 4) Hematólogo, 5) Nefrólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

NORTHERA

Medicamentos:
Northera

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: Mareos ortostáticos, aturdimiento, o la sensación de que está a punto de desmayarse en pacientes adultos con hipotensión ortostática neurogénica sintomática causada por fallo autonómico primario (enfermedad de Parkinson, atrofia sistémica múltiple y fallo autonómico puro), deficiencia de dopamina beta-hidroxilasa y neuropatía autonómica no-diabética.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Cardiólogo, 2) Neurólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

NOXAFIL

Medicamentos:
Noxafil

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: 1) Uso concomitante con inhibidores de la HMG-CoA reductasa metabolizados principalmente por CYP3A4 (ej. atorvastatin, lovastatin y simvastatin), sirolimus o sustratos del CYP3A4 que prolonguen el intervalo QT (pimozide y quinidine).

Información médica requerida: 1) Documente: a. Uso previsto para la profilaxis de aspergilosis invasiva e infecciones por cándida debido estar severamente inmunocomprometido O b. Diagnóstico de candidiasis orofaríngea, 2) Para profilaxis de aspergilosis invasiva e infecciones por cándida: Documente que el paciente tiene un alto riesgo de desarrollar estas infecciones tales como una de las siguientes: a. HCST (Trasplante de células madre hematopoyéticas), b. GVHD (enfermedad injerto contra huésped), O c. Pacientes con neoplasias malignas hematológicas con neutropenia prolongada por quimioterapia, 3) Para candidiasis orofaríngea, documente fallo o intolerancia a itraconazole y/o fluconazole, 4) Prueba de función hepática: No más de 3 veces el límite superior de lo normal.

Restricción de edad: 13 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: N/A

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

NUBEQA

Medicamentos:
Nubeqa

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: cáncer de próstata no metastásico resistente a castración (NM-CRPC), 2) documente: Paciente está recibiendo un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) concurrentemente o tuvo una orquiectomía bilateral.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Oncólogo, 2) Urólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

NUEDEXTA

Medicamentos:
Nuedexta

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: 1) Uso concomitante con otros medicamentos que contengan quinidine, quinine, mefloquine, inhibidores de la monoaminooxidasa (MAOIs), o medicamentos que tanto prolonguen el intervalo QT y como también sean metabolizados por CYP2D6. 2) Paciente tiene el intervalo QT prolongado, Síndrome congénito de QT largo o un historial sugestivo de torsades de pointes, o fallo cardiaco. 3) Paciente tiene un bloqueo atrioventricular (AV) completo sin implante de marcapasos o tiene un alto riesgo de bloqueo AV completo.

Información médica requerida: 1) Diagnóstico documentado de enfermedad neurológica asociada a afectación Pseudobulbar.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: N/A

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

NUPLAZID

Medicamentos:
Nuplazid

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico de alucinaciones y delirios asociados a la psicosis de la enfermedad de Parkinson.

Restricción de edad: N/A

Restricciones de prescripción: 1) Neurólogo, 2) Psiquiatra.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

OCREVUS*

Medicamentos:
Ocrevus

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: Infección activa por virus de hepatitis B

Información médica requerida: 1. Documentación de formas recurrentes de esclerosis múltiple (MS): a. MS recurrente-remitente MS (RRMS). 2. Documentación de formas progresivas de MS: a. MS primaria progresiva MS (PPMS). 3. Detección del virus de la hepatitis B antes de la primera dosis.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: Neurólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: Evaluación Parte D vs. Parte B también aplica. (*)

* Pendiente a revisión de CMS

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

OCTREOTIDE

Medicamentos:
Octreotide Acetate
SandoSTATIN

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: a. acromegalia, b. diarrea y/o episodios de sofoco asociados con tumor carcinoide metastásico O c. diarrea asociada con tumores que secretan VIP, 2) Para acromegalia documente: respuesta inadecuada/incapaz de tolerar cirugía, irradiación de pituitaria, y bromocriptine en dosis máximas toleradas.

Restricción de edad: N/A

Restricciones de prescripción: N/A

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: Evaluación Parte D vs. Parte B también aplica. (*)

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

ODOMZO

Medicamentos:
Odomzo

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: 1) Embarazo.

Información médica requerida: 1) Diagnóstico documentado de BCC localmente avanzado que recidivó luego de la cirugía o el paciente no es candidato a radiación o cirugía, 2) Afirmación de embarazo negativa.

Restricción de edad: N/A

Restricciones de prescripción: 1) Hematólogo/Oncólogo, 2) Oncólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

OFEV

Medicamentos:
Ofev

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: a) Fibrosis Pulmonar Idiopática, b) Enfermedad pulmonar intersticial asociada a esclerosis sistémica (SSc-ILD) o c) Enfermedad pulmonar intersticial crónica fibrótica de fenotipo progresivo.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Neumólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

OPSUMIT

Medicamentos:
Opsumit

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: 1) Embarazo.

Información médica requerida: 1) Diagnóstico de Hipertensión Arterial Pulmonar grupo 1, según la clasificación de la OMS, 2) Resultados de cateterismo cardíaco: a. Presión media de la arteria pulmonar (mayor que o igual a 25mmHg) O b. Presión capilar pulmonar en cuña (menor que o igual a 15mmHg), 3) Resultado de la prueba vasodilatadora aguda (requerida para pacientes con Hipertensión Arterial Pulmonar Idiopática SOLAMENTE).

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Neumólogo, 2) Cardiólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

ORAL LONG ACTING OPIOIDS

Medicamentos:
Morphine Sulfate ER
OxyCODONE HCl ER

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: 1) En paciente con asma bronquial aguda o severa, 2) En cualquier paciente que tenga o se sospeche que tiene un íleo paralítico, 3) Para Oxycodone ER y Morphine ER 100 mg y 200 mg: Pacientes que no son tolerantes a opioides (Pacientes son considerados tolerantes a opioides si han estado tomando al menos 60 mg de morfina oral por día, 25 mcg de fentanyl transdermal/hr, 30 mg de oxycodone oral diarios, 8 mg de hydromorphone oral diarios, 25 mg de oxymorphone diarios o una dosis equianalgésica de otro opioide por una semana o más), 4) Pacientes con dolor agudo o intermitente, dolor postoperatorio y/o dolor leve, 5) Pacientes que no requieren analgesia continua con opioides.

Información médica requerida: 1) Documente TODO lo siguiente: a. Diagnóstico: Dolor, crónico (severo), b) fallo previo o intolerancia a analgésicos no-opioides y opioides de liberación inmediata, Y c) Para Oxycodone ER y Morphine ER igual o mayor a 60 mg: Solo para pacientes tolerantes a opioides, según documentado por el prescriptor.

Restricción de edad: N/A

Restricciones de prescripción: 1) Especialista en dolor, 2) Hematólogo, 3) Oncólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

ORAL MULTIPLE SCLEROSIS

Medicamentos:
Gilenya
Tecfidera

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: Para Gilenya solamente: 1) Pacientes que en los últimos 6 meses experimentaron infarto del miocardio, angina inestable, accidente cerebrovascular, TIA, fallo cardiaco descompensado que requiera hospitalización o fallo cardíaco Clase III/IV, 2) Historial o presencia de bloqueo atrioventricular (AV) de segundo grado o tercer grado tipo Mobitz II o síndrome del seno enfermo, a menos que el paciente tenga un marcapaso en funcionamiento, 3) Nivel de referencia del intervalo QTc mayor o igual a 500 ms, 4) Tratamiento con medicamentos antiarrítmicos Clase Ia o Clase III.

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: Esclerosis Múltiple.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor, Para Gilenya solamente: 10 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Neurólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

ORENCIA

Medicamentos:
Orencia
Orencia ClickJect

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: 1) Uso concomitante de terapia biológica para artritis reumatoide. 2) No se recomienda el uso de antagonistas del factor de necrosis tumoral (TNF), vacunas vivas o uso de vacunas vivas dentro de 3 meses de la descontinuación de abatacept.

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: a. artritis reumatoide adulta, b. artritis idiopática juvenil, O c) artritis psoriásica, 2) Resultados de la prueba de tuberculosis latente. Si es positivo, debe estar en tratamiento. Resultado de tuberculosis debe tener una fecha menor de 12 meses previos a la solicitud.

Restricción de edad: 2 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Reumatólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

ORFADIN

Medicamentos:
Orfadin

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Documente lo siguiente: a. paciente tiene un diagnóstico de tirosinemia hereditaria tipo 1.

Restricción de edad: N/A

Restricciones de prescripción: 1) Médico especializado en desórdenes metabólicos o genéticos, 2) Genetista, 3) Gastroenterólogo, 4) Hematólogo, 5) Nefrólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

ORKAMBI

Medicamentos:
Orkambi

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1. Diagnóstico de Fibrosis Quística (CF) en pacientes con F508del, 2. Resultados de los niveles de referencia de FEV1, 3. Prueba de función hepática: No más de 3 veces el límite superior de lo normal.

Restricción de edad: 2 años y mayor.

Restricciones de prescripción: Neumólogo.

Duración de cubierta: Inicial: 3 meses, renovaciones: Fin de año contrato.

Otros criterios: 1) Para renovaciones documente lo siguiente: a) Mejoría de los niveles de FEV1, O b) Disminución en el número de exacerbaciones pulmonares.

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

PARICALCITOL

Medicamentos:
Paricalcitol

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: 1) Hipercalcemia, 2) Toxicidad de Vitamina D.

Información médica requerida: 1) Documente lo siguiente: a. uso previsto para la prevención y tratamiento de hiperparatiroidismo secundario Y. paciente tiene enfermedad renal crónica (CKD) etapa 3, 4, o 5, 2) Proveer con la prescripción los resultados de laboratorio para la siguiente prueba (la prueba debe realizarse dentro de 30 días de la prescripción, excepto la hormona paratiroidea intacta (iPTH) la cual es válida por 90 días): 1. Fósforo sérico: a. Para CKD Etapa 3 y 4 niveles deben ser 2.7-4.6 mg/dL b. Para CKD Etapa 5 niveles deben ser 3.5-5.5mg/dL, 2. IPTH plasmática: a. Para CKD Etapa 3 niveles deben ser mayores que 70 pg/mL, b. Para CKD Etapa 4 niveles deben ser mayores que 110 pg/mL, c. Para CKD Etapa 5 niveles deben ser mayores que 300pg/mL, 3. CMP.

Restricción de edad: 10 años o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Endocrinólogo, 2) Nefrólogo, 3) Oncólogo, 4) Hematólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

PCSK9 INHIBITORS

Medicamentos:
Praluent
Repatha
Repatha Pushtronex System
Repatha SureClick

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: Documente todo lo siguiente: 1) Diagnóstico: a) Para Repatha: hiperlipidemia primaria, hipercolesterolemia familiar heterocigótica (HeFH), hipercolesterolemia familiar homocigótica (HoFH), o enfermedad cardiovascular aterosclerótica clínica (CVD), b) Para Praluent: hiperlipidemia primaria, hipercolesterolemia familiar heterocigótica (HeFH) o enfermedad cardiovascular aterosclerótica clínica (CVD), 2) Nivel referencia de LDL-C mayor que 100 mg/dL o 70 mg/dL en pacientes con ASCVD tratados, 3) Paciente ha completado un ensayo clínico de noventa (90) días continuos de una estatina de intensidad alta o moderada, en la dosis máxima tolerada por el paciente y el nivel de LDL-C permanece mayor que 100mg/dL o 70 mg/dL en pacientes con ASCVD tratados, O intolerancia documentada a al menos 1 estatina de alta intensidad.

Restricción de edad: 1) Para Praluent: 18 años de edad o mayor, 2) Para Repatha: 13 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: Prescrito por, o en consulta con, un cardiólogo, un endocrinólogo, y/o un médico que se centre en el tratamiento de manejo de riesgo cardiovascular (CV) y/o trastornos de los lípidos.

Duración de cubierta: 1) Inicial: 6 meses, 2) Renovación: 12 meses.

Otros criterios: 1) Enfermedad cardiovascular aterosclerótica clínica (CVD) significa: síndrome coronario agudo (ACS), accidente cerebrovascular, infarto de miocardio, ataque isquémico transitorio, angina estable o inestable, enfermedad arterial periférica, revascularización coronaria o de cualquier otra arteria.

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

PEGASYS

Medicamentos:
Pegasys
Pegasys ProClick

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: 1) Descompensación hepática (puntuación Child-Pugh mayor que 6 [clase B o C]) en pacientes cirróticos antes del tratamiento. 2) Hepatitis autoinmune.

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: a. Hepatitis C Crónica (CHC) O b. Hepatitis B Crónica (CHB), 2) Depuración de creatinina (CRCL), 3) Para HCV crónico: a. Genotipo del HCV, 4) Para Hepatitis B: a. Antígeno de superficie de Hepatitis B (HBsAg).

Restricción de edad: 1) Para CHC: 5 años de edad o mayor, 2) Para CHB: 3 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Gastroenterólogo, 2) Infectólogo, 3) Hepatólogo.

Duración de cubierta: 12 a 24 semanas para HCV genotipos 1, 2, 3, 4, 5 & 6 dependiendo de las guías actualizadas para HCV. 48 semanas para HBV.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

PIQRAY

Medicamentos:
Piqray 200 MG Daily Dose
Piqray 250 MG Daily Dose
Piqray 300 MG Daily Dose

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: Cáncer de seno avanzado o metastásico, 2) Documente paciente posmenopáusica u hombre, 3) Resultado de la prueba de biomarcadores evidenciando: a) Receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) negativo, b) Receptor hormonal (HR) positivo, 4) Paciente tiene cáncer de seno con mutación PIK3CA según detectado por una prueba aprobada por el FDA, 5) El paciente ha progresado en o luego de al menos un régimen endocrino previo, 6) Utilizado en combinación con fulvestrant.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Oncólogo, 2) Hematólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

PLEGRIDY

Medicamentos:
Plegridy
Plegridy Starter Pack

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: Esclerosis Múltiple, 2) Prueba de función hepática: No más de 3 veces el límite superior de lo normal.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Neurólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

POMALYST

Medicamentos:
Pomalyst

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: 1) Embarazo.

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: mieloma múltiple, 2) Documente lo siguiente: a. prescrito en combinación con dexamethasone, Y b. tratamiento previo con al menos 2 terapias incluyendo lenalomide y bortezomib y han demostrado progresión de la enfermedad en o dentro de 60 días de completada la última terapia, 3) Afirmación de embarazo negativa.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Oncólogo, 2) Hematólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

PRETOMANID

Medicamentos:
Pretomanid

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: 1) Tuberculosis sensitiva a medicamentos, 2) Infección latente debido a Mycobacterium tuberculosis, 3) Infección extrapulmonar debido a Mycobacterium tuberculosis, 4) MDR-TB que no es intolerante al tratamiento o no responde al tratamiento estándar (por ejemplo, isoniazida, rifampicina, etambutol, pirazinamida).

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: a) Tratamiento de tuberculosis pulmonar (TB) ampliamente resistente a medicamentos (XDR), intolerante al tratamiento o no sensible-resistente a múltiples medicamentos (MDR): en combinación con bedaquilina y linezolid, 2) Documente: a) Uso concurrente de: i) Bedaquilina, Y ii) Linezolid, Y b) Resultado de la prueba de tuberculosis latente.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Infectólogo, 2) Internista.

Duración de cubierta: 26 semanas.

Otros criterios: 1) No se recomienda la administración conjunta de inductores CYP3A4 fuertes o moderados (por ejemplo, rifampicina o efavirenz). 2) El médico debe monitorear: a) Resultados de la prueba de función hepática (dentro del límite normal, NLB): i) alanina aminotransferasa (ALT), ii) aspartato aminotransferasa (AST), iii) fosfatasa alcalina (ALP), y iv) bilirrubina (TBil), Y d) Resultados del conteo sanguíneo completo (CBC) (NLB).

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

PROMACTA

Medicamentos:
Promacta

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: a. trombocitopenia con Trombocitopenia Idiopática (PTI) crónica, b. trombocitopenia con infección de hepatitis C, O c. anemia aplásica severa, 2) Para PTI Crónica documente lo siguiente: a. Uso previo de corticosteroides, b. Uso previo de inmunoglobulina, O c. Esplenectomía, 3) Para trombocitopenia con hepatitis C crónica: Evidencie que el paciente está o iniciará terapia basada en interferón, 4) Para Anemia Aplásica Severa: a) en combinación con terapia inmunosupresora estándar para primera línea de tratamiento o b) documente fallo a terapia inmunosupresora.

Restricción de edad: N/A

Restricciones de prescripción: 1) Hematólogo, 2) Hepatólogo, 3) Especialista en enfermedades infecciosas, 4) Gastroenterólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

RANEXA

Medicamentos:
Ranolazine ER

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: 1) Uso concurrente de inductores de CYP3A (ej. rifampin, rifabutin, rifapentine, phenobarbital, phenytoin y carbamazepine). 2) Uso concurrente de inhibidores potentes de CYP3A (ej. ketoconazole, itraconazole, clarithromycin, nefazodone, nelfinavir, ritonavir, indinavir, y saquinavir). 3) Cirrosis hepática.

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: angina crónica.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Cardiólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

RAVICTI

Medicamentos:
Ravicti

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico de Desórdenes del ciclo de urea (DCU).

Restricción de edad: 2 meses de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: N/A

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

REBLOZYL*

Medicamentos:
Reblozyl

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: a) Tratamiento de anemia en pacientes con beta talasemia que requieren transfusiones regulares de glóbulos rojos (RBC), 2) Documente: a) Paciente requiere transfusiones de RBC regulares, b) Resultados del conteo sanguíneo completo (CBC) (El nivel de Hemoglobina - Hgb debe ser de 11 g / dL), Y c) Peso corporal del paciente.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Hematólogo.

Duración de cubierta: 9 semanas.

Otros criterios: 1) Evaluación Parte D vs. Parte B también aplica. (*), 2) Suspenda REBLOZYL si un paciente no experimenta una disminución en la carga de transfusión después de 9 semanas de tratamiento (administración de 3 dosis) al nivel de dosis máxima o si se produce una toxicidad inaceptable en cualquier momento.

* Pendiente a revisión de CMS

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

RELISTOR

Medicamentos:
Relistor

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: 1) Conocimiento o sospecha de obstrucción gastrointestinal mecánica.

Información médica requerida: 1) Diagnóstico, Estreñimiento inducido por opioides (OIC), 2) Paciente demostró una respuesta inadecuada a tratamiento o intolerancia o contraindicación a un régimen de medicamento de polyethylene glycol 3350 (PEG 3350), 3) Documente régimen de opioides del paciente para manejo de dolor crónico, 4) Depuración de creatinina.

Restricción de edad: N/A

Restricciones de prescripción: N/A

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

RESTASIS

Medicamentos:
Restasis

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Documente: Queratoconjuntivitis seca, 2) Fallo a lubricantes convencionales o corticosteroides.

Restricción de edad: 16 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Oftalmólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

REVLIMID

Medicamentos:
Revlimid

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: 1) Embarazo, 2) Leucemia Linfocítica Crónica.

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: a. mieloma múltiple (MM), b. anemia dependiente de transfusión debido a síndrome mielodisplásico, c. linfoma de células del manto (LCM), d. MM, como mantenimiento luego de un trasplante autólogo de células madre hematopoyéticas (auto-TCMH), e. linfoma folicular (FL), o f. linfoma de la zona marginal (MZL), 2) Para MM: Prescrito en combinación con dexamethasone, 3) Para anemia dependiente de transfusión debido a síndrome mielodisplásico: Documente deleción 5q, 4) Para LCM: documente lo siguiente: a. progresión de la enfermedad o recaída, b. uso previo de al menos 2 terapias, incluyendo Bortezomib, 5) Para FL y MZL: a) la paciente ha sido tratada previamente, b) prescrito en combinación con un producto de rituximab, 6) Afirmación de embarazo negativa.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Hematólogo, 2) Oncólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

RIBAVIRIN

Medicamentos:
Ribavirin

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: 1) Mujeres embarazadas u hombres cuya pareja esté embarazada. 2) Hemoglobinopatía, hemoglobina menor que 8.5 g/dL. 3) Coadministración con didanosine en pacientes co-infectados con VIH. 4) Insuficiencia renal (CRCL menor que 50 mL/min) para Ribavirin solamente.

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: hepatitis C crónica, 2) Documente lo siguiente: a. Niveles de Hgb, b. CRCL, c. Afirmación de embarazo negativa.

Restricción de edad: N/A

Restricciones de prescripción: 1) Gastroenterólogo, 2) Especialista en enfermedades infecciosas, 3) Hepatólogo.

Duración de cubierta: Inicial 12 semanas, para renovaciones: Fin de año contrato.

Otros criterios: Para Hepatitis C: Ribavirin debe ser prescrito siempre en combinación con otros agentes.

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

RILUZOLE

Medicamentos:
Riluzole

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: esclerosis lateral amiotrófica (ALS).

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Neurólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

RINVOQ

Medicamentos:
Rinvoq

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: 1) Pacientes que actualmente toman otros inhibidores de Quinasa de Janus (JAK), medicamentos antirreumáticos modificadores de la enfermedad biológica (FARME) o inmunosupresores potentes como azatioprina y ciclosporina.

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: a) Artritis reumatoide (AR) activa moderada o severa. 2) Documente: uso previo/intolerancia a al menos 1 o más DMARDs y/o methotrexate, b) resultado de prueba de tuberculosis latente. Si es positivo, debe estar en tratamiento. Resultado de tuberculosis debe tener una fecha menor de 12 meses previos a la solicitud.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Reumatólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

ROZLYTREK

Medicamentos:
Rozlytrek

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: a) Adulto con cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC) metastásico positivo a ROS1, b) pacientes adultos y pediátricos de 12 años de edad o mayores con tumores sólidos metastásicos que tienen fusión génica del receptor neurotrófico tirosina quinasa (NTRK) sin una mutación de resistencia adquirida conocida, 2) Documente: a) paciente ha progresado después del tratamiento o no tiene tratamientos alternativos satisfactorios, b) es probable que una resección quirúrgica dé lugar a una morbilidad grave.

Restricción de edad: 12 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Hematólogo, 2) Oncólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

RUBRACA

Medicamentos:
Rubraca

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico de BRCA deletérea o recurrente asociada a mutación: a) cáncer ovárico epitelial, b) cáncer de trompas de Falopio, o c) cáncer peritoneal primario, 2) En caso de cáncer por mutación de BRCA deletérea: Documente tratamiento previo con al menos 2 quimioterapias, 3) Si el cáncer es recurrente: Documente el tratamiento previo con un régimen que contenga platino.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: Oncólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

RYDAPT

Medicamentos:
Rydapt

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: a) Leucemia mieloide aguda (AML) recién diagnosticada, b) Mastocitosis sistémica agresiva (ASM), c) Mastocitosis sistémica con neoplasia hematológica asociada (SM-AHN), d) Leucemia de mastocitos (MCL), 2) Para AML: a) AML positiva a mutación FLT3 detectada por una prueba aprobada por el FDA, b) Terapia concurrente con cytarabine y daunorubicin para inducción estándar, c) Terapia concurrente con cytarabine para consolidación.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Oncólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

SIGNIFOR

Medicamentos:
Signifor

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Documente lo siguiente: a. Para Signifor: a. Diagnóstico de enfermedad de Cushing Y b. cirugía de pituitaria no es una opción o no ha sido curativa, 2) Antes de comenzar el tratamiento documente: a. Prueba de función hepática: No más de 3 veces el límite superior de lo normal, b. Glucosa en plasma en ayuno (FPG), c. Resultados HA1C, d. ECG, e. Magnesio sérico, f. Potasio sérico.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: Endocrinólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: Evaluación Parte D vs. Parte B también aplica. (*)

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

SILDENAFIL

Medicamentos:
Sildenafil Citrate

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: 1) Uso concomitante de terapia de nitrato de forma regular o intermitente, 2) Uso concomitante de Adempas.

Información médica requerida: 1) Diagnóstico de Hipertensión Arterial Pulmonar, grupo 1 según la clasificación de la OMS, 2) Resultados de cateterismo cardíaco: a. Presión media de la arteria pulmonar (mayor que o igual a 25 mmHg), O b. Presión capilar pulmonar en cuña (menor que o igual a 15 mmHg), 3) Resultado de la prueba vasodilatadora aguda (requerida para pacientes con Hipertensión Arterial Pulmonar Idiopática SOLAMENTE).

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Neumólogo, 2) Cardiólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

SIMVASTATIN

Medicamentos:
Simvastatin

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Documente: a. Para pacientes nuevos: Uso previo y/o fallo a al menos una estatina en los últimos 12 meses b. Para renovaciones: Uso previo de simvastatin 80mg en los últimos 12 meses.

Restricción de edad: N/A

Restricciones de prescripción: N/A

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

SIRTURO

Medicamentos:
Sirturo

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: 1) Infección latente debido a Mycobacterium tuberculosis, 2) Tuberculosis sensitiva a medicamentos, 3) tuberculosis extrapulmonar, o 4) infecciones causadas por micobacterias no tuberculosas.

Información médica requerida: 1) Documente lo siguiente: a. tuberculosis pulmonar resistente a múltiples medicamentos (MDR-TB) Y b. no hay otros tratamientos efectivos disponibles para el paciente Y c. prescrito en combinación con al menos otros 3 medicamentos antimicobacterianos para MDR-TB.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Especialista en enfermedades infecciosas, 2) Neumólogo.

Duración de cubierta: 24 semanas.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

SIVEXTRO

Medicamentos:
Sivextro

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: infecciones bacterianas agudas de la piel y/o estructura de la piel, 2) Resultados de cultivo.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: N/A

Duración de cubierta: 6 días.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

SKYRIZI

Medicamentos:
Skyrizi

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico documentado: Psoriasis en placa moderada a severa: al menos 5% BSA o áreas cruciales del cuerpo tales como las manos, pies, cara o genitales. 2) Resultados de la prueba de tuberculosis latente. Si es positivo, debe estar en tratamiento. Resultado de tuberculosis debe tener una fecha menor de 12 meses previos a la solicitud.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Dermatólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

SODIUM PHENYLBUTYRATE

Medicamentos:
Sodium Phenylbutyrate

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: Manejo de hiperamonemia aguda.

Información médica requerida: 1) Diagnóstico, 2) Resultados de niveles de amonio en plasma.

Restricción de edad: N/A

Restricciones de prescripción: N/A

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

SOMATULINE DEPOT

Medicamentos:
Somatuline Depot

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: a. acromegalia, b. tumor neuroendocrino gastroenteropancreáticos (GEP-NET) localmente avanzado o metastásico, o c. síndrome carcinoide, 2) Para acromegalia: Paciente cumple con los siguientes criterios para iniciar la terapia: a. Nivel alto de IGF-1 pre tratamiento para edad/género y b. Paciente tuvo una respuesta inadecuada o parcial a cirugía y/o radioterapia O existe una razón clínica para que el paciente no haya tenido cirugía o radioterapia, 3) Para continuación de terapia para acromegalia: a. disminución o normalización de los niveles de IGF-1, 4) Para GEP-NETs localmente avanzado o metastásico: documente que la enfermedad es irresecable, 5) Para síndrome carcinoide: no se requiere información médica adicional.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Endocrinólogo, 2) Oncólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: Evaluación Parte D vs. Parte B también aplica. (*)

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

SOMAVERT

Medicamentos:
Somavert

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Paciente cumple con los siguientes criterios para iniciar la terapia: a. Evidencia clínica de acromegalia, b. Nivel alto de IGF-1 pre tratamiento para edad/género, c. Paciente tuvo una respuesta inadecuada o parcial a octreotide o lanreotide O paciente es intolerante a o tiene una contraindicación para octreotide o lanreotide, y d. Paciente tuvo una respuesta inadecuada o parcial a cirugía y/o radioterapia O existe una razón clínica por la cual el paciente no ha tenido cirugía o radioterapia, e. Pruebas de función hepática: No más de 3 veces el límite superior de lo normal. 2) Para continuación de terapia: a. Disminución o normalización de los niveles de IGF-1.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Endocrinólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: Evaluación Parte D vs. Parte B también aplica. (*)

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

SPRYCEL

Medicamentos:
Sprycel

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: a. leucemia mieloide crónica cromosoma Filadelfia positivo (Ph+CML) o b. leucemia linfoblástica aguda cromosoma Filadelfia positivo (Ph+ALL), 2) Para Ph+ CLM recién diagnosticado: documente que el paciente está en fase crónica, 3) Para Ph+ CML previamente tratado documente: resistencia o intolerancia a terapia previa incluyendo imatinib, 4) Para Ph+ALL documente: resistencia o intolerancia a terapia previa.

Restricción de edad: N/A

Restricciones de prescripción: 1) Hematólogo, 2) Oncólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

STELARA

Medicamentos:
Stelara

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Prueba de Tuberculosis negativa, si es positivo debe estar en tratamiento, 2) Psoriasis en placa moderada a severa: a) al menos 5% BSA o áreas cruciales del cuerpo tales como las manos, pies, cara o genitales, b) Documente uso previo de dos medicamentos de primera línea: Humira, Skyrizi o Cosentyx, 3) Artritis psoriásica: a) Documente uso previo de dos medicamentos de primera línea: Humira, Enbrel, Xeljanz o Cosentyx, 4) Enfermedad de Crohn activa moderada a severa en pacientes adultos que han fallado o fueron intolerantes a tratamiento con inmunomoduladores o corticosteroides, pero nunca han fallado a tratamiento con un bloqueador del factor de necrosis tumoral (TNF) o en pacientes que fallaron o fueron intolerantes a tratamiento con 1 o más bloqueadores TNF: a) Documente uso previo de un medicamento de primera línea: Humira, 5) Colitis ulcerativa (CU) activa moderada a severa: documente uso previo de Humira y Xeljanz.

Restricción de edad: 12 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Dermatólogo, 2) Reumatólogo, 3) Gastroenterólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

STIVARGA

Medicamentos:
Stivarga

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: Insuficiencia hepática, severa (Child-Pugh Clase C)

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: a. cáncer colorectal metastásico, b. tumor del estroma gastrointestinal localmente avanzado o metastásico, O c. Carcinoma hepatocelular (CHC), 2) Para tumor del estroma gastrointestinal documente: a. enfermedad es irresecable Y b. tratamiento previo con imatinib y sunitinib, 3) Para cáncer colorectal metastásico documente: a. tratamiento previo con quimioterapias que contienen fluoropyrimidine, oxaliplatin e irinotecan, y terapia anti-VEGF, y si el KRAS es tipo salvaje, una terapia anti-EGFR, 4) Prueba de Función Hepática como evidencia de que los niveles de ALT y AST se midieron antes del inicio de tratamiento, 5) Para carcinoma hepatocelular documente: tratamiento previo con sorafenib.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Hematólogo, 2) Oncólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

SUTENT

Medicamentos:
Sutent

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: a. tumor del estroma gastrointestinal (GIST), b. carcinoma de células renales avanzado, c. tumores neuroendocrinos pancreáticos (pNET) localmente avanzados o metastásicos, O d. alto riesgo de carcinoma de células renales (RCC) recurrente, 2) Para GIST documente: a. fallo o intolerancia a imatinib, 3) Para pNET documente: tumor es irresecable, 4) Para paciente en alto riesgo de RCC recurrente documente: a) documente nefrectomía, b) será utilizado como tratamiento adyuvante.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Oncólogo, 2) Hematólogo, 3) Gastroenterólogo, 4) Nefrólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

SYLATRON

Medicamentos:
Sylatron

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: 1) Hepatitis autoinmune, 2) Descompensación hepática (puntuación Child-Pugh mayor que 6 [clase B y C]).

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: Melanoma con envolvimiento nodal microscópico o macroscópico, 2) Documente lo siguiente: a. fecha de la resección quirúrgica Y b. será utilizado como tratamiento adyuvante.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Dermatólogo, 2) Oncólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

SYMDEKO

Medicamentos:
Symdeko

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico de Fibrosis Quística (CF) en pacientes que son homocigotos para la mutación F508del o que tienen al menos una mutación en el gen CFTR que responde a tezacaftor/ivacaftor (A1067T, A455E, D110E, D110H, D1152H, D1270N, D579G, E193K, E56K, E831X, F1052V, F1074L, K1060T, L206W, P67L, R1070W, R117C, R347H, R352Q, R74W, S945L, S977F 2789+5G A, 3272-26A G, 3849+10kbC T o 711+3A G), 2) Resultados de los niveles de referencia de FEV1, 3) Prueba de función hepática: No más de 3 veces el límite superior de lo normal.

Restricción de edad: 6 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Neumólogo.

Duración de cubierta: Inicial: 3 meses, renovaciones: fin de año contrato.

Otros criterios: 1) Para renovaciones documente lo siguiente: a) mejoría en niveles de FEV1, b) disminución en el número de exacerbaciones pulmonares.

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

TAFINLAR

Medicamentos:
Tafinlar

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: 1) Melanoma BRAF de tipo salvaje.

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: a. melanoma con involucramiento de nódulo(s) linfático(s), b. melanoma irresecable o metastásico, c. cáncer pulmonar de células no-pequeñas metastásico O d. cáncer de tiroides anaplásico localmente avanzado o metastásico (ATC), 2) Para melanoma con involucramiento de nódulo(s) linfático(s), documente lo siguiente: a. resultados positivos para mutaciones BRAF V600E o V600K, b. resección completa, c. debe ser utilizado en combinación con trametinib, 3) Para melanoma irresecable o metastásico, documente lo siguiente: a. resultados positivos para mutaciones BRAF V600E o V600K, b. Si es positivo a mutación BRAF V600K: prescrito en combinación con trametanib, O c. Si es positivo a mutación BRAF V600E: indicado como agente único o en combinación con trametanib, 4) Para cáncer pulmonar de células no-pequeñas metastásico documente lo siguiente: a. resultados positivos para mutaciones BRAF V600E Y b. debe ser utilizado en combinación con trametinib, 5) Para cáncer de tiroides anaplásico localmente avanzado o metastásico (ATC), documente lo siguiente: a. resultados positivos para mutación BRAF V600E, b. ninguna opción de tratamiento locoregional satisfactoria, Y c. debe ser utilizado en combinación con trametinib.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Oncólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

TAGRISSO

Medicamentos:
Tagrisso

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: 1) Embarazo.

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: Cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC), 2) Prueba positiva para mutación EGFR T790M O para tratamiento de primera línea, documente resultados para supresiones del exón 19 del EGFR o mutaciones de sustitución del exón 21 L858R.

Restricción de edad: N/A

Restricciones de prescripción: 1) Oncólogo, 2) Neumólogo, 3) Hematólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

TALZENNA

Medicamentos:
Talzenna

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico de cáncer de seno localmente avanzado o metastásico HER2 negativo con mutación deletérea o sospechosa de ser deletérea de BRCA en línea germinal.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Oncólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

TARCEVA

Medicamentos:
Erlotinib

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: 1) Pacientes en quimioterapia basada en platino.

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: a. cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC) metastásico o localmente avanzado O b. cáncer pancreático localmente avanzado o metastásico, 2) NSCLC metastásico o localmente avanzado: a. Para tratamiento de primera línea documente: resultados para supresión del exón 19 EGFR o mutaciones de sustitución del exón 21 L858R, b. Para pacientes previamente tratados documente: fallo a al menos un régimen previo de quimioterapia, c. Para tratamiento de mantenimiento documente: a. finalización de cuatros ciclos de quimioterapia de primera línea basada en platino sin progreso de la enfermedad Y b. erlotinib se utilizará como monoterapia, 3) Para cáncer pancreático metastásico documente: a. enfermedad es irresecable Y b. prescrito en combinación con gemcitabine.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Oncólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

TASIGNA

Medicamentos:
Tasigna

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: 1) Hipopotasemia o hipomagnesemia no corregida, 2) síndrome de QT largo.

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: Leucemia mieloide crónica con cromosoma Filadelfia positivo (Ph+CML), 2) Para pacientes adultos Ph+ CLM previamente tratados, documente: a) resistencia o intolerancia a terapia previa incluyendo imatinib, b) documente que el paciente está en fase crónica (CP) o fase acelerada (AP), 3) Para Ph+ CLM recién diagnosticado: documente que el paciente está en fase crónica, 4) Para pacientes pediátricos Ph+ CML previamente tratados, documente: a) paciente es resistente o intolerante a terapia previa de un inhibidor de la tirosina cinasa (TKI), b) documente que paciente está en fase crónica (CP).

Restricción de edad: 1 año de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Oncólogo, 2) Hematólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

TAZORAC

Medicamentos:
Tazarotene
Tazorac

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: 1) Embarazo, 2) Propósitos estéticos.

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: a. acné vulgar O b. psoriasis en placa, 2) Afirmación negativa de embarazo.

Restricción de edad: 12 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Dermatólogo, 2) Reumatólogo, 3) Pediatra.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

TAZVERIK

Medicamentos:
Tazverik

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: Tratamiento del sarcoma epitelioide metastásico o localmente avanzado. 2) Documente: a) El paciente no es elegible para una resección completa.

Restricción de edad: 16 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Hematólogo, o 2) Oncólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

THALOMID

Medicamentos:
Thalomid

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: Embarazo.

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: a. mieloma múltiple O b. eritema nudoso leproso (ENL), 2) Para mieloma múltiple: prescrito en combinación con dexamethasone, 3) Afirmación de embarazo negativa.

Restricción de edad: 12 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Dermatólogo, 2) Hematólogo, 3) Oncólogo, 4) Especialista en enfermedades infecciosas.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

THERAPY FOR GAUCHER DISEASE

Medicamentos:
Miglustat

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: Enfermedad de Gaucher tipo 2 o 3.

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: Enfermedad de Gaucher tipo 1, 2) Documente lo siguiente: a. reemplazo de enzimas no es una opción terapéutica para el paciente, b. CBC con plaquetas.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: N/A

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

TIBSOVO

Medicamentos:
Tibsovo

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: a) Leucemia mieloide aguda recidivante o refractaria (RR-AML), b) Leucemia mieloide aguda recién diagnosticada (AML), 2) Resultados de prueba aprobada por la FDA positivo para mutación IDH1, 3) Para AML recién diagnosticada: a) Para pacientes de 75 años de edad o mayores: No se requiere información adicional. Para pacientes menores de 75 años: se debe proporcionar documentación de comorbilidades que impidan el uso de quimioterapia de inducción intensiva.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Oncólogo, 2) Hematólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

TIRF

Medicamentos:
Fentanyl Citrate
Lazanda

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: 1) Pacientes que no son tolerantes a opioides (Pacientes son considerados tolerantes a opioides si han estado tomando al menos 60 mg de morfina oral por día, 25 mcg de fentanyl transdermal/hr, 30 mg de oxycodone oral diarios, 8 mg de hydromorphone oral diarios, 25 mg de oxymorphone diarios o una dosis equianalgésica de otro opioide por una semana o más), 2) Manejo de dolor agudo o postoperatorio, incluyendo dolor de cabeza/migraña y dolor dental.

Información médica requerida: 1) Documente TODO lo siguiente: a. justificación médica que indique el uso para el manejo del dolor intercurrente en paciente con cáncer que ya está recibiendo y es tolerante a terapia opioide Y b. fallo previo a analgésicos opioides de corta (por ejemplo: Morfina o Tramadol) o larga duración (por ejemplo: Morfina ER u Oxicodona ER).

Restricción de edad: 18 años de edad y mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Oncólogo 2) Especialista en dolor.

Duración de cubierta: 6 meses.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

TOBI

Medicamentos:
Tobi Podhaler

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: Fibrosis quística con Pseudomonas aeruginosa, 2) Resultados de cultivo.

Restricción de edad: 1) Pacientes de 6 años de edad y mayor.

Restricciones de prescripción: N/A

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: 1) Tobramycin será administrado BID en periodos alternos de 28 días. Después de 28 días de terapia, el paciente debe suspender la terapia con tobramycin por los próximos 28 días y luego retomar la terapia por los próximos 28 días / 28 días fuera del ciclo.

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

TOPICAL TESTOSTERONES

Medicamentos:
AndroGel
Testosterone

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: 1) Carcinoma de mama o conocimiento o sospecha de cáncer de próstata, 2) hipogonadismo de inicio tardío.

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: hipogonadismo primario O b. hipogonadismo hipogonadotrópico, 2) Antes de comenzar la terapia con testosterona el paciente tuvo (o actualmente el paciente tiene) un nivel bajo de testosterona confirmado (i.e. testosterona total matinal menor que 300 ng/dL, testosterona libre matinal menor que 9 ng/dL) o ausencia de testosterona endógena.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: N/A

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

TRACLEER

Medicamentos:
Bosentan
Tracleer

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: 1) Embarazo, 2) Uso con Ciclosporina A, 3) Uso con Gliburida.

Información médica requerida: 1) Diagnóstico de Hipertensión Arterial Pulmonar, OMS grupo 1, 2) Resultados de cateterismo cardíaco: a. Presión media de la arteria pulmonar (mayor que o igual a 25mmHg) O b. Presión capilar pulmonar en cuña (menor que o igual a 15mmHg), 3) Resultado de la prueba vasodilatadora aguda (requerida para pacientes con Hipertensión Arterial Pulmonar Idiopática SOLAMENTE).

Restricción de edad: 3 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Cardiólogo, 2) Neumólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

TURALIO

Medicamentos:
Turalio

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: tumor sintomático de células gigantes tenosinoviales (TGCT), 2) Documente morbilidad severa o limitaciones funcionales y que no es susceptible a mejoría con cirugía, 3) Prueba de función hepática: ALT y AST, no más de 3 veces el límite superior de lo normal.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Oncólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

TYKERB

Medicamentos:
Tykerb

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: Cáncer de seno avanzado o metastásico, 2) Documente resultados positivos para HER2, 3) Para pacientes con cáncer de seno avanzado o metastásico documente lo siguiente: a. prescrito en combinación con capecitabine. Y b. terapia previa con una anthracycline, un taxane y trastuzumab. 4) Para pacientes posmenopáusicas con cáncer de seno metastásico con receptor hormonal positivo para quienes terapia hormonal está indicada: prescrito en combinación con letrozole.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Hematólogo, 2) Oncólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

TYMLOS

Medicamentos:
Tymlos

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico de mujeres posmenopáusicas con osteoporosis en alto riesgo de fractura, 2) Múltiples factores de riesgo para fractura documentados Y fallo o intolerancia a otra terapia disponible para osteoporosis, O historial de fractura osteoporótica.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: N/A

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: Terapia será descontinuada después de un total de 24 meses de tratamiento de por vida.

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

UPTRAVI

Medicamentos:
Uptravi

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: Uso concomitante con inhibidores potentes de CYP2C8 (ej. gemfibrozil).

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: hipertensión arterial pulmonar (HAP, grupo I según la clasificación de la OMS), 2) Debe cumplir con los siguientes requisitos: 1. El paciente ha intentado dos terapias orales para HAP de dos de las siguientes tres categorías diferentes (sea sola o en combinación) cada una por al menos 60 días: a. un inhibidor de la fosfodiesterasa tipo 5 (PDE5) (ej. Sildenafil), b. Un antagonista del receptor de endotelina (ERA) (ej. Opsumit), c. Adempas O 2. El paciente está recibiendo, o ha recibido en el pasado, una terapia con prostaciclina para HAP (ej. Ventavis).

Restricción de edad: 18 años de edad y mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Cardiólogo, 2) Neumólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

VENCLEXTA

Medicamentos:
Venclexta
Venclexta Starting Pack

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: Uso concomitante de inhibidores potentes de CYP3A4 durante el inicio y la fase de incremento (primeras 5 semanas de tratamiento).

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: a) Leucemia Linfocítica Crónica (CLL), b) Linfoma Linfocítico Pequeño (SLL), O c) Leucemia mieloide aguda (AML) recién diagnosticada, 2) Para CLL o SLL: a) Utilizado en combinación con rituximab o obinutuzumab o solo, 3) Para AML recién diagnosticada: a) En combinación con azacitidine o decitabine o cytarabine en dosis bajas, b) Para pacientes de 75 años de edad o mayores: No se requiere información adicional. Para pacientes menores de 75 años: se debe proporcionar documentación de comorbilidades que impidan el uso de quimioterapia de inducción intensiva.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Hematólogo, 2) Oncólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

VENTAVIS

Medicamentos:
Ventavis

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico de Hipertensión Arterial Pulmonar, grupo 1 según la clasificación de la OMS, 2) Resultados de cateterismo cardíaco: a. Presión media de la arteria pulmonar (mayor que o igual a 25 mmHg) Y b. Presión capilar pulmonar en cuña (menor que o igual a 15 mmHg), 3) Resultado de la prueba vasodilatadora aguda (requerida para pacientes con Hipertensión Arterial Pulmonar Idiopática SOLAMENTE).

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Neumólogo, 2) Cardiólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

VERZENIO

Medicamentos:
Verzenio

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Documente diagnóstico para cáncer de mama avanzado o metastásico, 2) Si es utilizado en combinación con fulvestrant, documente la progresión de la enfermedad luego de terapia endocrina, 3) Si es utilizado como monoterapia, documente la progresión de la enfermedad luego de terapia endocrina y quimioterapia previa en el entorno metastásico, 4) Como terapia endocrina inicial, utilizado en combinación con un inhibidor de la aromatasa (i.e. letrozole, exemestane, anastrozole), 5) Resultado de la prueba de biomarcadores evidenciando: a) Receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2), b) Receptor hormonal (HR) positivo.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Oncólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

VIBERZI

Medicamentos:
Viberzi

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: 1) Conocimiento o sospecha de obstrucción del conducto biliar, o enfermedad o disfunción del esfínter de Oddi, 2) Un historial de pancreatitis, o enfermedades estructurales del páncreas, incluyendo el conocimiento o sospecha de obstrucción del conducto pancreático, 3) Insuficiencia hepática severa (Child-Pugh Clase C), 4) Un historial de estreñimiento crónico o severo o secuelas de estreñimiento, o conocimiento o sospecha de obstrucción GI mecánica, 5) Pacientes sin vesícula biliar.

Información médica requerida: 1) Diagnóstico documentado de síndrome del intestino irritable con diarrea, 2) Estado de la vesícula biliar (si el paciente tiene vesícula biliar o ha sido removida).

Restricción de edad: 18 años de edad y mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Gastroenterólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

VITRAKVI

Medicamentos:
Vitrakvi

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: tumor sólido, 2) Documente todo lo siguiente: a) fusión génica del receptor neurotrófico tirosina quinasa (NTRK) sin una mutación de resistencia adquirida conocida, b) metastásicos o en los que es probable que una resección quirúrgica dé lugar a una morbilidad grave, Y c) no tienen tratamientos alternativos satisfactorios o que ha progresado después del tratamiento.

Restricción de edad: N/A

Restricciones de prescripción: 1) Oncólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

VIZIMPRO

Medicamentos:
Vizimpro

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: a. cáncer pulmonar de células no pequeñas (NSCLC) metastásico o localmente avanzado, 2) NSCLC metastásico o localmente avanzado: a. Para tratamiento de primera línea documente: resultados para supresión del exón 19 EGFR o mutaciones de sustitución del exón 21 L858R.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Oncólogo, 2) Neumólogo, 3) Hematólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

VORICONAZOLE

Medicamentos:
Vfend
Voriconazole

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: 1) Uso concomitante de carbamazepine, sustratos de CYP3A4 (ej. pimozide o quinidine), barbitúricos de acción prolongada, rifabutin, rifampin, ritonavir en dosis altas (400 mg cada 12 horas), efavirenz en dosis altas (400mg q 24h o mayor), o sirolimus.

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: a. aspergilosis invasiva, b. candidemia, c. candidiasis, O d. infecciones graves causadas por Scedosporium apiospermum y Fusarium, 2) Documente lo siguiente: a. resultados de cultivo, b. Prueba de función hepática: No más de 3 veces el límite superior de lo normal, 3) Para candidemia documente: a. paciente no es neutropénico, y b. CBC, 4) Para infecciones graves causadas por Scedosporium apiospermum y Fusarium: documente intolerancia/fallo a otra terapia.

Restricción de edad: 2 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: N/A

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

VOTRIENT

Medicamentos:
Votrient

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: 1) Sarcoma de tejido blando adipocítico, 2) Tumores del estroma gastrointestinal.

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: a. carcinoma de células renales avanzado o b. sarcoma de tejido blando avanzado, 2) Para sarcoma de tejido blando avanzado documente: quimioterapia previa.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Oncólogo, 2) Nefrólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

VUMERITY

Medicamentos:
Vumerity

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: 1) Co-administración con dimetilfumarato.

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: a) Tratamiento de formas recurrentes de esclerosis múltiple (EM): i) Síndrome clínico aislado, ii) Enfermedad remitente-recurrente, O iii) Enfermedad secundaria progresiva activa.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Neurólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

XALKORI

Medicamentos:
Xalkori

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: cáncer pulmonar de células no-pequeñas metastásico, 2) Resultados positivos para mutación ALK o mutación ROS-1.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Oncólogo, 2) Neumólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

XARELTO

Medicamentos:
Xarelto

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: En combinación con aspirina, para reducir el riesgo de eventos cardiovasculares mayores (muerte cardiovascular (CV), infarto de miocardio (MI) y accidente cerebrovascular) en pacientes con enfermedad crónica de la arteria coronaria (CAD) o enfermedad de la arteria periférica (PAD).

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Medicina interna, 2) Cardiólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

XATMEP

Medicamentos:
Xatmep

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: 1) Para pJIA: Embarazo.

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: a) Leucemia linfoblástica aguda (ALL), b) Artritis idiopática juvenil poliarticular (pJIA) activa, 2) Para ALL: Documente régimen de mantenimiento de combinación de quimioterapia, 3) Para pJIA: a) Paciente ha tenido una respuesta terapéutica inadecuada a, O es intolerante a, un intento adecuado de terapia de primera línea incluyendo dosis completas de agentes antiinflamatorios no esteroideos (NSAIDs), b) Afirmación negativa de embarazo.

Restricción de edad: 18 años y menores.

Restricciones de prescripción: 1) Oncólogo, 2) Reumatólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

XELJANZ

Medicamentos:
Xeljanz
Xeljanz XR

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: Paciente está actualmente en DMARDs biológicos o inmunosupresores potentes tales como azathioprine y cyclosporine.

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: a) Artritis reumatoide activa moderada o severa, b) artritis psoriásica, y c) colitis ulcerativa (CU) activa moderada a severa, 2) Para artritis reumatoide activa moderada o severa y artritis psoriásica documente: uso previo/intolerancia a al menos 1 o más DMARDs y/o Methotrexate, 3) Resultado de prueba de tuberculosis latente. Si es positivo, debe estar en tratamiento. Resultado de tuberculosis debe tener una fecha menor de 12 meses previos a la solicitud.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Reumatólogo, 2) Gastroenterólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

XIFAXAN

Medicamentos:
Xifaxan

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Documente uno de cualquiera de los siguientes diagnósticos: a) Síndrome del intestino irritable con diarrea (IBS-D), b) Encefalopatía hepática (HE), Profilaxis.

Restricción de edad: Para IBS-D y HE: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: N/A

Duración de cubierta: 1) Para IBS-D: Inicial: 14 días, Renovaciones: 14 días 2) Para HE: Fin de año contrato.

Otros criterios: Para IBS-D, terapia será descontinuada luego de un total de 42 días de por vida.

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

XOSPATA

Medicamentos:
Xospata

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: leucemia mieloide aguda recidivante o refractaria (AML), 2) AML positiva a mutación de FLT3 según detectada por una prueba aprobada por el FDA.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Oncólogo, 2) Hematólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

XPOVIO

Medicamentos:
Xpovio 100 MG Once Weekly
Xpovio 60 MG Once Weekly
Xpovio 80 MG Once Weekly
Xpovio 80 MG Twice Weekly

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Documente diagnóstico: mieloma múltiple recidivante o refractario. 2) Documente prescrito en combinación con dexametasona. 3) Fallo a al menos 4 terapias antineoplásicas previas (p. ej., bortezomib, carfilzomib, ixazomib, talidomida, lenalidomida, pomalidomida). 4) Además, el mieloma múltiple debe ser refractario a al menos 2 inhibidores de proteasoma (p. ej., bortezomib, carfilzomib, ixazomib) y al menos 2 agentes inmunomoduladores (p. ej., talidomida, lenalidomida, pomalidomida) y un anti-CD38 anticuerpo monoclonal (p. ej., daratumumab).

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Hematólogo, 2) Oncólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

XTANDI

Medicamentos:
Xtandi

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: a) cáncer de próstata resistente a castración, b) cáncer de próstata metastásico sensitivo a castración, 2) Uso previo documentado de Zytiga solamente para CRPC metastásico.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Oncólogo, 2) Hematólogo, 3) Urólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

XYREM

Medicamentos:
Xyrem

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: 1) Si el paciente está tomando alcohol (etanol), fármacos sedantes/hipnóticos u otros depresores del SNC. 2) Deficiencia de succínico semialdehído deshidrogenasa.

Información médica requerida: 1) Paciente tiene un diagnóstico de narcolepsia y experimenta episodios de cataplexia O, 2) Paciente tiene un diagnóstico de narcolepsia y experimenta somnolencia diurna excesiva.

Restricción de edad: 7 años de edad y mayor.

Restricciones de prescripción: N/A

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

ZEJULA

Medicamentos:
Zejula

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: a) cáncer recurrente ovárico epitelial, b) cáncer recurrente de trompas de Falopio, c) cáncer recurrente primario peritoneal, d) ovario avanzado, e) trompa de Falopio avanzado, o f) cáncer primario peritoneal avanzado, 2) Para a) cáncer recurrente ovárico epitelial, b) cáncer recurrente de trompas de Falopio, c) cáncer recurrente primario peritoneal: documente tratamiento previo con un régimen que contenga platino. 3) Para d) ovario avanzado, e) trompa de Falopio, o f) cáncer peritoneal primario: Documente si paciente ha recibido tratamiento previo con al menos tres regímenes de quimioterapia y el cáncer está asociado a deficiencia de recombinación homóloga (HR) positiva.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Oncólogo, 2) Hematólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: Deficiencia de recombinación homóloga (HR) positiva se define como: a) una mutación deletérea o sospechosa de ser deletérea de BRCA, o b) inestabilidad genómica y que ha progresado más de seis meses después de la respuesta a la última quimioterapia basada en platino.

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

ZELBORAF

Medicamentos:
Zelboraf

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: 1) Pacientes con QTc mayor que 500 ms, 2) Paciente con melanoma BRAF de tipo salvaje.

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: a) melanoma metastásico, b) Enfermedad de Erdheim-Chester, 2) Documente lo siguiente: a. enfermedad es irresecable Y b. resultados positivos para las mutaciones BRAF V600E, c. ECG, d. electrolitos séricos, 3) Enfermedad de Erdheim-Chester documente lo siguiente: a) resultados positivos para mutaciones BRAF V600E.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Oncólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

ZOLINZA

Medicamentos:
Zolinza

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: Linfoma cutáneo de células T, 2) Documente lo siguiente: a. enfermedad es progresiva, persistente o recurrente, b. fallo/intolerancia a al menos dos terapias sistémicas previa, 3) Prueba de función hepática: No más de 3 veces el límite superior de lo normal.

Restricción de edad: 18 años o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Oncólogo, 2) Hematólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

ZYDELIG

Medicamentos:
Zydelig

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: 1) Historial de necrólisis epidérmica tóxica.

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: a. leucemia linfocítica crónica (LLC) en recaída, b. linfoma no Hodgkin folicular de células B en recaída, o c. linfoma linfocítico pequeño (SLL) en recaída, 2) Para CLL documente: 1) prescrito en combinación con rituximab Y 2) fallo a al menos 1 terapia sistémica previa, 3) Para linfoma no Hodgkin folicular de células B en recaída O SLL en recaída documente: fallo a al menos 2 terapias sistémicas previas.

Restricción de edad: 18 años de edad o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Oncólogo 2) Hematólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

ZYTIGA

Medicamentos:
Abiraterone Acetate
Zytiga

Indicaciones no aprobadas por la FDA: N/A

Criterios de exclusión: N/A

Información médica requerida: 1) Diagnóstico: a) cáncer de próstata metastásico resistente a castración, b) cáncer de próstata metastásico de alto riesgo sensitivo a castración, 2) Prescrito en combinación con prednisone.

Restricción de edad: 18 años o mayor.

Restricciones de prescripción: 1) Oncólogo, 2) Hematólogo, 3) Urólogo.

Duración de cubierta: Fin de año contrato.

Otros criterios: N/A

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

Medicamentos Que Pueden Ser Cubiertos Bajo Medicare Parte B o Parte D

Nombre del medicamento	Nombre del medicamento
Abelcet IV	Acetylcysteine INH
Acyclovir Sodium IV	Albuterol Sulfate INH
AmBisome IV	Amikacin Sulfate INJ
Aminosyn II IV	Aminosyn-PF IV
Amphotericin B INJ	Ampicillin Sodium INJ
Ampicillin-Sulbactam Sodium INJ	Aprepitant Oral Cap
Azithromycin IV	Aztreonam INJ
Bicillin C-R IM	Bicillin C-R 900/300 IM
Budesonide INH	Bumetanide INJ
Caspofungin Acetate IV	ceFAZolin Sodium INJ
Cefepime HCl INJ	Cefotaxime Sodium INJ
CefOXitin Sodium INJ	CefOXitin Sodium IV
CefTAZidime INJ	Cefuroxime Sodium INJ
Cefuroxime Sodium IV	Cinacalcet
Cinryze IV	Ciprofloxacin in D5W IV
Clindamycin Phosphate INJ	Clindamycin Phosphate in D5W IV
Clinimix E/Dextrose (2.75/5) IV	Clinimix E/Dextrose (4.25/5) IV
Clinimix E/Dextrose (5/15) IV	Clinimix E/Dextrose (5/20) IV
Clinimix/Dextrose (4.25/10) IV	Clinimix/Dextrose (4.25/5) IV
Clinimix/Dextrose (5/15) IV	Clinimix/Dextrose (5/20) IV
Clinisol SF IV	Colistimethate Sodium (CBA) INJ
Cromolyn Sodium INH	Cyclophosphamide Oral Cap
DAPTOmycin IV	Depo-Provera IM
Dextrose IV	Dextrose-NaCl IV
Diphtheria-Tetanus Toxoids DT IM	Doxy 100 IV
Dronabinol Oral Cap	Duramorph INJ
Eligard SUBQ	Emend Oral Susp
Engerix-B INJ	Eraxis IV
Ertapenem Sodium INJ	Erythrocin Lactobionate IV
Fluconazole in Sodium Chloride IV	FluPHENAZine Decanoate INJ
FluPHENAZine HCl INJ	Furosemide INJ
Gentamicin Sulfate INJ	Geodon IM
Granisetron HCl Oral Tab	Heparin Sodium (Porcine) INJ
Hepatamine IV	Imipenem-Cilastatin IV
Imovax Rabies IM	Intralipid IV
Intron A INJ	Ipratropium Bromide INH
Ipratropium-Albuterol INH	Isolyte-S IV
KCl in Dextrose-NaCl IV	Leuprolide Acetate INJ
LevoFLOXacin IV	LevoFLOXacin in D5W IV
Linezolid IV	Lupron Depot (1-Month) IM
Lupron Depot (3-Month) IM	Lupron Depot (4-Month) IM

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

Nombre del medicamento	Nombre del medicamento
Lupron Depot (6-Month) IM	Magnesium Sulfate INJ
Meropenem IV	Methotrexate Sodium (PF) INJ
Methotrexate Sodium INJ	MetroNIDAZOLE in NaCl IV
Morphine Sulfate INJ	Moxifloxacin HCl in NaCl IV
Mycamine IV	Nebupent INH
NephrAmine IV	Normosol-M in D5W IV
Normosol-R pH 7.4 IV	OLANZapine IM
Ondansetron HCl Oral Soln	Ondansetron HCl Oral Tab
Ondansetron ODT	Oxacillin Sodium INJ
Penicillin G Pot in Dextrose IV	Penicillin G Potassium INJ
Penicillin G Sodium INJ	Pentam INJ
Piperacillin Sod-Tazobactam So IV	Plasma-Lyte 148 IV
Plasma-Lyte A IV	Polymyxin B Sulfate INJ
Potassium Chloride IV	Potassium Chloride in Dextrose IV
Potassium Chloride in NaCl IV	Premasol IV
Privigen IV	Procalamine IV
Prolia SUBQ	Pulmozyme INH
RabAvert IM	Recombivax HB INJ
RifAMPin IV	Sensipar Oral Tab
Sivextro IV	Sodium Chloride IV
Streptomycin Sulfate IM	Synribo SUBQ
Teflaro IV	Tetanus-Diphtheria Toxoids Td IM
Tigecycline IV	Tobi INH
Tobramycin INH	Tobramycin Sulfate INJ
TPN Electrolytes IV	Travasol IV
TrophAmine IV	Twinrix IM
Vancomycin HCl IV	Vfend IV
Voriconazole IV	Xgeva SUBQ
Xolair	Zofran Oral Tab
Zosyn IV	Zyvox IV

(*) Medicamento pudiera estar cubierto bajo Medicare Parte B o D, dependiendo de las circunstancias. Para hacer la determinación de cubierta, pudiera requerirse que someta información que describa el uso y escenario de administración.

Índice

A

Abelcet 197
Abiraterone Acetate 196
Acetylcysteine 197
Actimmune 3
Acyclovir Sodium 197
Adapalene-Benzoyl Peroxide 2
Adefovir Dipivoxil 5
Adempas 6
Afinitor 7
Afinitor Disperz 7
Albuterol Sulfate 197
Alecensa 8
Alunbrig 10
Alunbrig Therapy Pack 10
AmBisome 197
Ambrisentan 83
Amikacin Sulfate 197
Aminosyn II 197
Aminosyn-PF 197
Amitiza 11
Amphotericin B 197
Ampicillin Sodium 197
Ampicillin-Sulbactam Sodium 197
Anadrol-50 13
AndroGel 168
Aprepitant 197
Aranesp (Albumin Free) 14
Arcalyst 15
Avonex 69
Avonex Pen 69
Avonex Prefilled 69
Ayvakit 16
Azasan 67
AzaTHIOprine 67
Azithromycin 197
Aztreonam 197

B

Balversa 17
Baraclude 38
Benlysta 18
Benztropine Mesylate 56
Betaseron 69
Bicillin C-R 197
Bicillin C-R 900/300 197
Bosentanl 169
Bosulif 19
Braftovi 20
Brukinsa 21
Budesonide 197
Bumetanide 197
Butalbital-APAP-Caffeine 56

C

Cabometyx 22
Calquence 23
Caprelsa 24
Carbaglu 25
Caspofungin Acetate 197
Cayston 26
ceFAZolin Sodium 197
Cefepime HCl 197
Cefotaxime Sodium 197
CefOXitin Sodium 197
CefTAZidime 197
Cefuroxime Sodium 197
CellCept 67
Chantix 27
Chantix Continuing Month Pak 27
Chantix Starting Month Pak 27
Cinacalcet 197
Cinryze 197
Ciprofloxacin in D5W 197
Clindamycin Phosphate 197
Clindamycin Phosphate in D5W 197

Clinimix E/Dextrose (2.75/5) 197
Clinimix E/Dextrose (4.25/5) 197
Clinimix E/Dextrose (5/15) 197
Clinimix E/Dextrose (5/20) 197
Clinimix/Dextrose (4.25/10)..... 197
Clinimix/Dextrose (4.25/5)..... 197
Clinimix/Dextrose (5/15)..... 197
Clinimix/Dextrose (5/20)..... 197
Clinisol SF..... 197
Colistimethate Sodium (CBA) 197
Cometriq 100 mg Daily Dose 28
Cometriq 140 mg Daily Dose 28
Cometriq 60 mg Daily Dose 28
Copaxone 69
Copiktra 29
Corlanor..... 30
Cosentyx 300 Dose 31
Cosentyx Sensoready 300 Dose 31
Cotellic..... 32
Cresemba 33
Cromolyn Sodium 197
Cyclobenzaprine HCl 56
Cyclophosphamide 197
CycloSPORINE..... 67
CycloSPORINE Modified 67
Cyproheptadine HCl 56
Cystagon..... 34
Cystaran 35

D

Dalfampridine ER..... 12
DAPTOmycin..... 197
Daurismo 36
Demerol 97
Depo-Provera 197
Dextrose 197
Dextrose-NaCl 197
Dicyclomine HCl 56
Digox 56
Digoxin..... 56
Diphenoxylate-Atropine 56
Diphtheria-Tetanus Toxoids DT 197
Disopyramide Phosphate 56
Doxy 100 197
Dronabinol.....197
Duramorph 197

E

Eligard.....197
Emend.....197
Enbrel.....37
Enbrel Mini 37
Enbrel SureClick 37
Engerix-B 197
Entecavir 38
Entresto.....39
Eraxis 197
Erivedge.....42
Erleada.....43
Erlotinib 159
Ertapenem Sodium.....197
Erythrocin Lactobionate.....197
Esbriet.....44
Estradiol 56
Estradiol-Norethindrone Acet 56

F

Farydak 45
Fasenra.....46
FentaNYL 47
Fentanyl Citrate.....166
Ferriprox.....48
Firazyr 49
Fluconazole in Sodium Chloride.....197
FluPHENAZine Decanoate.....197
FluPHENAZine HCl.....197
Forteo.....50
Furosemide 197

G

Gammagard 74
Gammagard S/D Less IgA 74

Gammaplex 74
Gamunex-C 74
Gardasil 9 59
Gattex 51
Gengraf 67
Genotropin 53
Genotropin MiniQuick 53
Gentamicin Sulfate 197
Geodon 197
Gilenya 117
Gilotrif 52
Glatiramer Acetate 69
Granisetron HCl 197
GuanFACINE HCl 56

H

Heparin Sodium (Porcine) 197
Hepatamine 197
Hepsera 5
Hetlioz 55
Humatrope 53
Humira 60
Humira Pediatric Crohn's Start 60
Humira Pen 60
Humira Pen-CD/UC/HS Starter 60
Humira Pen-Ps/UV/Adol HS Start 60
HydrOXYzine HCl 56

I

Ibrance 62
Iclusig 63
IDHIFA 64
Imatinib Mesylate 65
Imbruvica 66
Imipenem-Cilastatin 197
Imovax Rabies 197
Imuran 67
Increlex 68
Indomethacin 56
Inlyta 71
Inrebic 72
Intralipid 197
Intron A 197
Ipratropium Bromide 197
Ipratropium-Albuterol 197
Iressa 73
Isolyte-S 197

J

Jadenu 75
Jadenu Sprinkle 75
Jakafi 76
Juxtapid 77

K

Kalydeco 78
KCl in Dextrose-NaCl 197
Kisqali 200 Dose 79
Kisqali 400 Dose 79
Kisqali 600 Dose 79
Kisqali Femara 200 Dose 79
Kisqali Femara 400 Dose 79
Kisqali Femara 600 Dose 79
Korlym 80
Kuvan 81

L

Lazanda 166
Lenvima 10 MG Daily Dose 82
Lenvima 12 MG Daily Dose 82
Lenvima 14 MG Daily Dose 82
Lenvima 18 MG Daily Dose 82
Lenvima 20 MG Daily Dose 82
Lenvima 24 MG Daily Dose 82
Lenvima 4 MG Daily Dose 82
Lenvima 8 MG Daily Dose 82
Letairis 83
Leukine 84
Leuprolide Acetate 197
LevoFLOXacin 197
LevoFLOXacin in D5W 197
Lidocaine 85

Linezolid 197
Linezolid 86
Linzess 87
Lomotil 56
Lonsurf 88
Lorbrena 89
Lupron Depot (1-Month) 197
Lupron Depot (3-Month) 197
Lupron Depot (4-Month) 197
Lupron Depot (6-Month) 198
Lynparza 90

M

Magnesium Sulfate 198
Mavyret 91
Mayzent 92
Megestrol Acetate Suspension 93
Megestrol Acetate Tableta 94
Mekinist 95
Mektovi 96
Memantine HCl 99
Memantine HCl ER 99
Meperidine HCl 97
Meropenem 198
Methotrexate Sodium 198
Methotrexate Sodium (PF) 198
Methyldopa 56
MetroNIDAZOLE in NaCl 198
Miglustat 164
Modafinil 98
Morphine Sulfate 198
Morphine Sulfate ER 116
Moxifloxacin HCl in NaCl 198
Mycamine 198
Mycophenolate Mofetil 67
Mycophenolate Sodium 67
Myfortic 67

N

Namenda XR Titration Pack 99
Natpara 100
Nebupent 198
Neoral 67
NephrAmine 198
Nerlynx 101
Neulasta 102
Neupogen 102
NexAVAR 103
Ninlaro 104
Nityr 105
Norditropin FlexPro 53
Normosol-M in D5W 198
Normosol-R pH 7.4 198
Norpace 56
Norpace CR 56
Northera 106
Noxafil 107
Nubeqa 108
Nuedexta 109
Nuplazid 110
Nutropin AQ NuSpin 10 53
Nutropin AQ NuSpin 20 53
Nutropin AQ NuSpin 5 53

O

Ocrevus 111
Octreotide Acetate 112
Odomzo 113
Ofev 114
OLANZapine 198
Ondansetron 198
Ondansetron HCl 198
Opsumit 115
Orencia 118
Orencia ClickJect 118
Orfadin 119
Orkambi 120
Oxacillin Sodium 198
Oxandrolone 13
OxyCODONE HCl ER 116

P

Paricalcitol 121
PARoxetine HCl 58
PARoxetine HCl ER 58
Paxil 58
Pegasys 123
Pegasys ProClick 123
Penicillin G Pot in Dextrose 198
Penicillin G Potassium 198
Penicillin G Sodium 198
Pentam 198
Phenadoz 56
PHENobarbital 58
Piperacillin Sod-Tazobactam So 198
Piqray 200 MG Daily Dose 124
Piqray 250 MG Daily Dose 124
Piqray 300 MG Daily Dose 124
Plasma-Lyte 148 198
Plasma-Lyte A 198
Plegridy 125
Plegridy Starter Pack 125
Polymyxin B Sulfate 198
Pomalyst 126
Potassium Chloride 198
Potassium Chloride in Dextrose 198
Potassium Chloride in NaCl 198
Praluent 122
Premarin 56
Premasol 198
Pretomanid 127
Privigen 198
Procalamine 198
Procrit 41
Prograf 67
Prolastin-C 9
Prolia 198
Promacta 128
Promethazine HCl 56
Provigil 98
Pulmozyme 198

R

RabAvert 198
Ranolazine ER 129
Rapamune 67
Ravicti 130
Reblozyl 131
Recombivax HB 198
Relistor 132
Repatha 122
Repatha Pushtronex System 122
Repatha SureClick 122
Restasis 133
Retacrit 41
Revlimid 134
Ribavirin 135
RifAMPin 198
Riluzole 136
Rinvoq 137
Rozlytrek 138
Rubraca 139
Rydapt 140

S

SandIMMUNE 67
SandoSTATIN 112
Scopolamine 56
Sensipar 198
Serostim 53
Signifor 141
Sildenafil Citrate 142
Simvastatin 143
Sirolimus 67
Sirturo 144
Sivextro 145, 198
Skyrizi 146
Sodium Chloride 198
Sodium Phenylbutyrate 147
Sofosbuvir-Velpatasvir 40
Somatuline Depot 148
Somavert 149
Sprycel 150

Stelara 151
Stivarga..... 152
Streptomycin Sulfate..... 198
Sutent 153
Sylatron..... 154
Symdeko..... 155
Synribo..... 198

T

Tacrolimus 67
Tadalafil (PAH) 4
Tafinlar..... 156
Tagrisso..... 157
Talzenna..... 158
Tasigna..... 160
Tazarotene..... 161
Tazorac..... 161
Tazverik 162
Tecfidera..... 117
Teflaro..... 198
Testosterone..... 168
Testosterone Cypionate..... 70
Testosterone Enanthate 70
Tetanus-Diphtheria Toxoids Td..... 198
Thalomid..... 163
Tibsovo 165
Tigecycline..... 198
Tobi..... 198
Tobi Podhaler 167
Tobramycin..... 198
Tobramycin Sulfate..... 198
TPN Electrolytes..... 198
Tracleer..... 169
Travasol..... 198
Tretinoin..... 2
Trihexyphenidyl HCl..... 58
TrophAmine 198
Turalio..... 170
Twinrix 198
Tykerb..... 171
Tymlos 172

U

Uptravi..... 173

V

Vancomycin HCl..... 198
Venclexta 174
Venclexta Starting Pack 174
Ventavis 175
Verzenio..... 176
Vfend..... 180, 198
Viberzi 177
Vitrakvi 178
Vizimpro 179
Voriconazole 180, 198
Votrient..... 181
Vumerity..... 182

X

Xalkori 183
Xarelto..... 184
Xatmep..... 185
Xeljanz 186
Xeljanz XR 186
Xgeva..... 198
Xifaxan 187
Xolair..... 198
Xospata..... 188
Xpovio 100 MG Once Weekly 189
Xpovio 60 MG Once Weekly 189
Xpovio 80 MG Once Weekly 189
Xpovio 80 MG Twice Weekly 189
Xtandi..... 190
Xyrem..... 191

Z

Zejula 192
Zelboraf..... 193
Zofran..... 198
Zolinza..... 194
Zortress..... 67

Zosyn 198
Zydelig 195
Zytiga 196
Zyvox 86, 198