

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

ACTEMRA IV

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

ARTRITIS REUMATOIDEA: Recetado por un reumatólogo o en consulta con éste. ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL: Recetado por un dermatólogo, un reumatólogo o un gastroenterólogo, o bien, en consulta con éstos.

Duración de la Cobertura:

Artritis Reumatoidea, Artritis Idiopática Juvenil: 12 meses. Síndrome de Liberación de Citocinas: 3 meses.

Otros Criterios:

ARTRITIS REUMATOIDEA: Falta de eficacia con Remicade y uno de los siguientes medicamentos, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: metotrexato, sulfasalazina, hidroxicloroquina, d-penicilamina, azatioprina o auranofina.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

ACTEMRA SC

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un reumatólogo o en consulta con éste.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

ARTRITIS REUMATOIDEA: Falta de eficacia con uno de los siguientes medicamentos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: metotrexato, sulfasalazina, hidroxicloroquina, d-penicilamina, azatioprina o auranofina. ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES: Falta de eficacia con metotrexato o azatioprina, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

ACTIQ

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

16 años o más.

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

Hasta el final del año de contrato del Plan.

Otros Criterios:

El afiliado ya está tomando y tolera la terapia con opiáceos durante las 24 horas. Se considera que los afiliados toleran los opiáceos cuando han tomado otro opiáceo a diario durante una semana o más (por ejemplo, al menos 60 mg de morfina oral por día o una dosis equianalgésica de otro opiáceo).

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

ACYCLOVIR

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

ADCIRCA

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Afiliados que se encuentran en tratamiento concomitante con nitratos (p. ej., Nitrodur, Nitrobid, Nitrostat, Isordil, Ismo). Afiliados que se encuentran en tratamiento concomitante con un estimulador de la guanilato ciclasa, como riociguat (Adempas).

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

ADEMPAS

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Afiliados que se encuentran en tratamiento concomitante con inhibidores de la fosfodiesterasa (por sus siglas en inglés, PDE) (p. ej., sildenafil, tadalafil, vardenafil, dipiridamol o teofilina) o nitratos (p. ej., Nitrodur, Nitrobid, Nitrostat, Isordil, Ismo).

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

AFINTOR

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

CÁNCER DE SENO: enfermedad positiva para receptores hormonales (por sus siglas en inglés, HR) y negativa para el receptor del factor de crecimiento epidérmico humano tipo 2 (por sus siglas en inglés, HER2), recurrente o metastásica.

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un oncólogo o en consulta con éste. COMPLEJO DE ESCLEROSIS TUBEROSA ASOCIADOS
CRISIS EPILÉPTICAS DE COMIENZO PARCIAL: Recetado por un oncólogo o un neurólogo, o bien, en consulta con éstos.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES: Falta de eficacia con uno de los siguientes medicamentos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: Sutent, Votrient, Inlyta, Avastin en combinación con Intron-A, Proleukin, Torisel. CÁNCER DE SENO: Recetado en combinación con exemestano Y Falta de eficacia con una prueba de letrozol o anastrozol, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

AIMOVIG

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

El afiliado sufre 4 o más días con migraña al mes durante al menos 3 meses. CONTINUIDAD DE LA TERAPIA:
El afiliado responde de manera positiva a la terapia, según lo demuestra una reducción en los días de migraña al mes en relación con el valor inicial.

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un neurólogo, un especialista en dolor de cabeza o un especialista en dolor, o bien, en consulta con éstos.

Duración de la Cobertura:

Inicial: 3 meses. Reautorizaciones: 6 meses

Otros Criterios:

Falta de eficacia con dos de las siguientes terapias orales de prevención de migrañas, cada una de diferentes clases terapéuticas, a menos que estén contraindicadas o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: medicamentos antiepilépticos (p. ej., divalproex sódico, valproato sódico, topiramato), betabloqueantes (p. ej., metoprolol, propranolol, timolol), antidepresivos (p. ej., amitriptilina, venlafaxina).

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

ALECENSA

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Documentación de que el paciente padece o no linfoma anaplásico ALK-positivo.

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

ALUNBRIG

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

La enfermedad es ALK-positiva y metastásica o recurrente.

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Falta de eficacia con uno de los siguientes medicamentos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: crizotinib (Xalkori), ceritinib (Zykadia), alectinib (Alecensa).

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

AMITRIPTYLINE

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Para pacientes de 65 años o más, se requiere autorización previa. Para pacientes de 64 años o menos, no se requiere autorización previa.

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Depresión: Falta de eficacia con uno de los siguientes antidepresivos genéricos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: bupropión, bupropión SR, bupropión XL, citalopram, succinato de desvenlafaxina, duloxetina, escitalopram, fluoxetina, mirtazapina, sertralina, venlafaxina o venlafaxina XR.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

AMITRIPTYLINE/CHLORDIAZEPOXIDE

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Para pacientes de 65 años o más, se requiere autorización previa. Para pacientes de 64 años o menos, no se requiere autorización previa.

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Falta de eficacia con uno de los siguientes medicamentos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: duloxetina, escitalopram o venlafaxina XR.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

AMITRIPTYLINE/PERPHENAZINE

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Para pacientes de 65 años o más, se requiere autorización previa. Para pacientes de 64 años o menos, no se requiere autorización previa.

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Depresión: Falta de eficacia con uno de los siguientes medicamentos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: duloxetina, escitalopram o venlafaxina XR.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

AMPHOTERICIN B

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Abelcet únicamente: Falta de eficacia con la terapia convencional con anfotericina B, a menos que esté contraindicada o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: Ambisome cuando se está tratando a los pacientes con infecciones por especies de Aspergillus, Candida y/o Cryptococcus: Falta de eficacia con la terapia convencional con anfotericina B, a menos que esté contraindicada o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

AMPYRA

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un neurólogo o en consulta con éste.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

ANTIHISTAMINES

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Para pacientes de 65 años o más, se requiere autorización previa. Para pacientes de 64 años o menos, no se requiere autorización previa.

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Rinitis alérgica: Falta de eficacia con dos de los siguientes medicamentos, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: levocetirizina, desloratadina, propionato de fluticasona (suspensión nasal), flunisolida (solución nasal) o acetona de triamcinolona (inhalador nasal).

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

ANTIHISTAMINE COMBINATIONS

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Para pacientes de 65 años o más, se requiere autorización previa. Para pacientes de 64 años o menos, no se requiere autorización previa.

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Rinitis alérgica: Falta de eficacia con dos de los siguientes medicamentos, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: levocetirizina, desloratadina, propionato de fluticasona (suspensión nasal), flunisolida (solución nasal) o acetonida de triamcinolona (inhalador nasal).

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

ARANESP

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de otro modo de la Parte D. Anemia causada por síndrome mielodisplásico. Anemia asociada a la mielofibrosis.

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Falta de eficacia con Procrit, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

AUBAGIO

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un neurólogo o en consulta con éste.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

AUSTEDO

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

DISCINESIA TARDÍA: El desarrollo de discinesia tardía es secundario a un agente bloqueante del receptor de dopamina que actúa centralmente (neurolepticos) (por ejemplo, antipsicóticos de primera o segunda generación tales como clorpromazina o aripiprazol, antieméticos tales como prometazina o metoclopramida, el antidepresivo tricíclico amoxapina).

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

ENFERMEDAD DE HUNTINGTON: Recetado por un neurólogo o en consulta con éste. DISCINESIA TARDÍA: Recetado por un psiquiatra o un neurólogo, o bien, en consulta con éstos.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

ENFERMEDAD DE HUNTINGTON: Falta de eficacia con tetrabenazina, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

BAXDELA

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

El informe actual de cultivo y sensibilidad muestra que el patógeno aislado es un organismo Gram positivo o Gram negativo susceptible a delafloxacina.

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

14 días.

Otros Criterios:

Falta de eficacia con una fluoroquinolona, a menos que todas estén contraindicadas o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

BELEODAQ

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un oncólogo o un hematólogo, o bien, en consulta con éstos.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

BELSOMRA

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Para pacientes de 65 años o más: Falta de eficacia con uno de los siguientes medicamentos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: Rozerem, Silenor 6 mg/día o menos, trazodona o temazepam. Para pacientes menores de 65 años: Falta de eficacia con zolpidem o zolpidem CR, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

BENLYSTA

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Anafilaxis anterior a Benlysta, nefritis lúpica grave activa o lupus del sistema nervioso central grave activo.

Información Médica Requerida:

Documentación de lupus eritematoso sistémico positivo en relación con anticuerpos antinucleares (por sus siglas en inglés, ANA) y/o con anti-ADN bicatenario (por sus siglas en inglés, anti-dsDNA).

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Actualmente está recibiendo terapia estándar para el lupus sistémico eritematoso que incluye uno o más de los siguientes agentes, a menos que todos los agentes estén contraindicados: glucocorticoides (p. ej., prednisona), antimaláricos (p. ej., hidroxicloroquina o cloroquina), inmunosupresores no biológicos (p. ej., azatioprina, metotrexato, micofenolato).

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

BENZTROPINE

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Para pacientes de 65 años o más, se requiere autorización previa. Para pacientes de 64 años o menos, no se requiere autorización previa.

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Enfermedad de Parkinson/Parkinsonismo: Falta de eficacia con dos de los siguientes medicamentos, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: amantadina, levodopa/carbidopa, entacapone, pramipexol, ropinirol, selegilina.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

BLEOMYCIN

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

BOSULIF

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Documentación de que el afiliado tiene enfermedad del cromosoma Filadelfia positivo.

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un oncólogo o un hematólogo, o bien, en consulta con éstos.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

BOTOX

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

DOLOR DE CABEZA CRÓNICO POR MIGRAÑA: Antecedentes persistentes de dolores de cabeza por migraña crónicos y debilitantes con ataques frecuentes en más de 15 días por mes.

Restricciones de Edad:

Estrabismo o blefaroespasmos asociados con distonía: 12 años de edad o más.

Restricciones de la Persona que Receta:

Dolor de cabeza crónico por migraña: Recetado por un neurólogo o en consulta con éste.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Dolor de cabeza crónico por migraña: Falta de eficacia con un tratamiento profiláctico con UNO de los siguientes medicamentos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: divalproex, topiramato, timolol o propranolol Y Falta de eficacia con una terapia abortiva con UNO de los siguientes medicamentos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: sumatriptán, rizatriptán, zolmitriptán, naratriptán, almotriptán, frovatriptán, Relpax, ergotamina/cafeína o dihidroergotamina.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

BRAFTOVI

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Positivo en relación con la mutación de BRAF V600E o V600K, según lo detectado por una prueba aprobada por la FDA.

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Recetado en combinación con Mektovi.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

BRIVIACT

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Falta de eficacia con dos de los siguientes medicamentos antiepilépticos genéricos, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: lamotrigina, topiramato, oxcarbazepina, carbamazepina, fenitoína, ácido valproico o divalproex sódico.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

BUTABARBITAL

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Para pacientes de 65 años o más, se requiere autorización previa. Para pacientes de 64 años o menos, no se requiere autorización previa.

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Insomnio: Falta de eficacia con uno de los siguientes medicamentos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: Rozerem, Silenor 6 mg/día o menos, trazodona o temazepam. Para usar como sedante diurno: el paciente continúa con este medicamento sin efectos adversos.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

C1 ESTERASE INHIBITOR

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un inmunólogo, un alergista, un hematólogo o un reumatólogo, o bien, en consulta con éstos.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

CABOMETYX

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de otro modo de la Parte D. Cáncer de pulmón de células no pequeñas.

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Cáncer de pulmón de células no pequeñas: Documentación de reordenamiento del gen RET.

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

CALQUENCE

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un oncólogo o un hematólogo, o bien, en consulta con éstos.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Anteriormente recibió al menos una terapia previa (p. ej., régimen que contiene rituximab).

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

CAPRELSA

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de otro modo de la Parte D. Cáncer de pulmón de células no pequeñas. Cáncer de tiroides no medular.

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Cáncer de Tiroides Medular: Enfermedad sintomática o progresiva que es inextirpable, localmente avanzada o metastásica. Cáncer de tiroides no medular: Diagnóstico de uno de los siguientes subtipos de cáncer de tiroides: carcinoma folicular, carcinoma de células Hurthle, carcinoma papilar. Cáncer de Pulmón de Células No Pequeñas: Documentación de reordenamientos del gen RET.

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Cáncer de Tiroides Medular y No Medular: Recetado por un oncólogo o un endocrinólogo, o bien, en consulta con éstos. Cáncer de pulmón de células no pequeñas: Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Cáncer de Tiroides No Medular: Falta de eficacia con lenvatinib o sorafenib, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

CAYSTON

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

CERDELGA

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Metabolizador extensivo (por sus siglas en inglés, EM) o metabolizador intermedio (por sus siglas en inglés, IM) que esté tomando un inhibidor de CYP2D6 potente o moderado de manera concomitante con un inhibidor de CYP3A potente o moderado Y metabolizadores intermedios o metabolizadores pobres (por sus siglas en inglés, PM) que estén tomando un inhibidor de CYP3A potente.

Información Médica Requerida:

Una prueba de genotipo aprobada por la FDA ha determinado que este paciente es un metabolizador extensivo (EM), un metabolizador intermedio (IM) o un metabolizador pobre (PM) de CYP2D6.

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

CEREZYME

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de otro modo de la Parte D. Enfermedad de Gaucher Tipo 3.

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Documentación de al menos una de las siguientes afecciones causadas por la enfermedad de Gaucher: anemia, trombocitopenia, enfermedad en los huesos, hepatomegalia o esplenomegalia.

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

CHLORZOXAZONE

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Para pacientes de 65 años o más, se requiere autorización previa. Para pacientes de 64 años o menos, no se requiere autorización previa.

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

CHORIONIC GONADOTROPIN

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

Criterios de Exclusión:

Inducción de ovulación y embarazo en mujeres anovulatorias infértiles, cuya causa de anovulación es secundaria y no se debe a una insuficiencia ovárica primaria. Tratamiento de la obesidad.

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

CINQAIR

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Recuento de eosinófilos en sangre mayor o igual a 400 células/mcL dentro de los últimos 3 meses.

Restricciones de Edad:

18 años de edad o más.

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un alergista, un neumólogo o un inmunólogo, o bien, en consulta con éstos.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Recetado en combinación con UN corticoesteroide inhalado (p. ej., beclometasona, budesonida, flunisolida, fluticasona, mometasona, ciclesonida), a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos. Y Recetado en combinación con UN agonista beta de acción prolongada (p. ej., salmeterol, formoterol, vilanterol), a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

CLADRIBINE

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un oncólogo o un hematólogo, o bien, en consulta con éstos.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

CLOMIPRAMINE

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de otro modo de la Parte D. Trastorno autista.

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Para pacientes de 65 años o más, se requiere autorización previa. Para pacientes de 64 años o menos, no se requiere autorización previa.

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Falta de eficacia con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (p. ej., fluoxetina, fluvoxamina, sertralina), a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

COMETRIQ

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

COPIKTRA

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un oncólogo o un hematólogo, o bien, en consulta con éstos.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

COTELLIC

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Pacientes con melanoma BRAF de tipo natural.

Información Médica Requerida:

La lesión es positiva en relación con la mutación de BRAF V600E o V600K, según lo detectado por una prueba aprobada por la FDA.

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Recetado en combinación con Zelboraf.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

CYCLOBENZAPRINE HCL

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Para pacientes de 65 años o más, se requiere autorización previa. Para pacientes de 64 años o menos, no se requiere autorización previa.

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

CYTARABINE

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un oncólogo o un hematólogo, o bien, en consulta con éstos.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Para la leucemia no linfocítica aguda: se usa en combinación con otros medicamentos contra el cáncer aprobados.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

DAKLINZA

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de otro modo de la Parte D. Para el tratamiento del virus de la hepatitis C genotipos 2 y 4. Tratamiento del HCV genotipo 4, 5 o 6 en receptores de trasplante de hígado.

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Consulte el documento "Recommendations for Testing, Managing, and Treating Hepatitis C" (Recomendaciones para Pruebas, Control y Tratamiento de la Hepatitis C) de AASLD-IDSA, disponible en <http://www.hcvguidelines.org> para conocer el régimen de medicamentos y la duración del tratamiento según el genotipo, el estado del tratamiento, los regímenes de medicamentos anteriores usados, el historial médico pasado y las comorbilidades.

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un gastroenterólogo, un hepatólogo o un especialista en enfermedades infecciosas, o bien, en consulta con éstos.

Duración de la Cobertura:

De 12 a 24 semanas según el estado de la cirrosis, el genotipo, el tratamiento previo o la elegibilidad para ribavirina.

Otros Criterios:

Se debe usar en combinación con Sovaldi. Falta de eficacia con dos de los siguientes medicamentos, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: Mavyret, Harvoni, Epclusa, Vosevi y Zepatier para genotipos aplicables.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

DAURISMO

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Edad de 75 años o más, O justificación médica respalda la imposibilidad de usar la quimioterapia de inducción intensive. Recetado en combinación con cytarabine de dosis baja.

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un oncólogo o un hematólogo, o bien, en consulta con éstos.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

DIPYRIDAMOLE

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Para pacientes de 65 años o más, se requiere autorización previa. Para pacientes de 64 años o menos, no se requiere autorización previa.

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

DISOPYRAMIDE

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Para pacientes de 65 años o más, se requiere autorización previa. Para pacientes de 64 años o menos, no se requiere autorización previa.

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

DOPTelet

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Conteo de plaquetas reciente (dentro de los últimos 14 días) menor de $50 \times 10^9/L$. El afiliado tiene programado un procedimiento médico o dental dentro de los siguientes 30 días.

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un gastroenterólogo, un hematólogo o un hepatólogo, o en consulta con éstos.

Duración de la Cobertura:

4 semanas.

Otros Criterios:

Para afiliados con conteo de plaquetas menor de $40 \times 10^9/L$, falta de eficacia con Mulpleta a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

DOXEPIIN

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Para pacientes de 65 años o más, se requiere autorización previa. Para pacientes de 64 años o menos, no se requiere autorización previa.

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

ELIDEL

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Falta de eficacia con dos corticoesteroides tópicos de potencia media a alta (p. ej., amcinonida, propionato de fluticasona, acetónida de triamcinolona, valerato de betametasona, acetónida de fluocinolona, butirato de hidrocortisona, furoato de mometasona, desoximetasona, fluocinonida o dipropionato de betametasona), a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

EMEND 40 MG

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

Cuatro semanas.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

EMFLAZA

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Diagnóstico de Distrofia muscular de Duchenne (DMD) confirmado por uno de los siguientes: Pruebas genéticas (hallazgo de mutación por eliminación o duplicación de la distrofina), O BIEN, si los estudios genéticos son negativos (no se identifican mutaciones), biopsia muscular positiva (ausencia de la proteína distrofina).

Restricciones de Edad:

5 años de edad o más.

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un neurólogo o en consulta con éste.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Falta de eficacia con prednisona, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

ENBREL

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de otro modo de la Parte D. Hidradenitis supurativa.

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

ARTRITIS PSORIÁSICA, PSORIASIS EN PLACAS: Recetado por un reumatólogo o un dermatólogo, o bien, en consulta con éstos. ARTRITIS REUMATOIDEA, ESPONDILITIS ANQUILOSANTE, ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL POLIARTICULAR: Recetado por un reumatólogo o en consulta con éste. HIDRADENITIS SUPURATIVA: Recetado por un reumatólogo, un dermatólogo o un gastroenterólogo, o bien, en consulta con éstos.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

ARTRITIS REUMATOIDEA: Falta de eficacia con uno de los siguientes medicamentos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: metotrexato, sulfasalazina, hidroxycloquina, d-penicilamina, azatioprina o auranofina. PSORIASIS EN PLACAS: Falta de eficacia con uno de los siguientes medicamentos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: metotrexato, ciclosporina o acitretina.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

ENDARI

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

5 años o más.

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Falta de eficacia con hidroxiurea, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

ENTRESTO

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Fracción de eyección del ventrículo izquierdo menor o igual al 35%.

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un cardiólogo o en consulta con éste.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

ENTYVIO

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un gastroenterólogo o en consulta con éste.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Falta de eficacia con Humira o Remicade, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

EPCLUSA

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de otro modo de la Parte D. Tratamiento del HCV genotipo 1, 2, 3, 4, 5 o 6, con cirrosis descompensada y falta de eficacia del tratamiento con sofosbuvir o NS5A.

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Consulte el documento "Recommendations for Testing, Managing, and Treating Hepatitis C" (Recomendaciones para Pruebas, Control y Tratamiento de la Hepatitis C) de AASLD-IDSA, disponible en <http://www.hcvguidelines.org> para conocer el régimen de medicamentos y la duración del tratamiento según el genotipo, el estado del tratamiento, los regímenes de medicamentos anteriores usados, el historial médico pasado y las comorbilidades.

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un gastroenterólogo, un hepatólogo o un especialista en enfermedades infecciosas, o bien, en consulta con éstos.

Duración de la Cobertura:

De 12 a 24 semanas según el estado de la cirrosis, el genotipo, el tratamiento previo o la elegibilidad para ribavirina.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

EPIDIOLEX

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Edad mayor o igual a 2 años.

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un neurólogo o en consulta con éste.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

El síndrome de Lennox-Gastaut: se utilizarán como tratamiento adyuvante con otros fármacos antiepilépticos (p. ej., topiramate, lamotrigine, felbamate, rufinamide, clobazam, or clonazepam).

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

EPOETIN

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de otro modo de la Parte D. Anemia causada por síndrome mielodisplásico. Anemia asociada a mielofibrosis. Anemia secundaria a terapia combinada con ribavirina e interferón-alfa en pacientes infectados con el virus de la hepatitis C.

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

ERGOLOID MESYLATES

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Para pacientes de 65 años o más, se requiere autorización previa. Para pacientes de 64 años o menos, no se requiere autorización previa.

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Demencia de Alzheimer: Falta de eficacia con dos de los siguientes medicamentos, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: donepezil, memantina, rivastigmina o galantamina.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

ERLEADA

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Uso simultáneo de un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (por sus siglas en inglés, GnRH), o bien, orquiectomía bilateral anterior. La enfermedad no es metastásica.

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un oncólogo o un urólogo, o bien, en consulta con éstos.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

ESBRIET

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

ESTROGENS

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Para pacientes de 65 años o más, se requiere autorización previa. Para pacientes de 64 años o menos, no se requiere autorización previa.

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Vaginitis Atrófica y Craurosis Vulvar: Falta de eficacia con uno de los siguientes medicamentos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: Estradiol (tabletas vaginales), Femring o Premarin (crema vaginal).

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

EXONDYS 51

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Distrofia muscular de Duchenne con mutación apta para terapia de omisión del exón 51 que se ha confirmado con pruebas genéticas.

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un neurólogo o en consulta con éste.

Duración de la Cobertura:

6 meses.

Otros Criterios:

Actualmente estable con un régimen de corticosteroides orales (p. ej., prednisona), a menos que esté contraindicado o el afiliado haya experimentado efectos adversos clínicamente significativos.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

FARYDAK

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un hematólogo o un oncólogo, o bien, en consulta con éstos.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Falta de eficacia con dos regímenes anteriores, incluyendo Velcade y un agente inmunomodulador (p. ej., dexametasona), a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

FASENRA

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Recuento de eosinófilos en sangre mayor o igual a 150 células/mcL dentro de los últimos 3 meses.

Restricciones de Edad:

12 años de edad o más.

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un alergista, un neumólogo o un inmunólogo, o bien, en consulta con éstos.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Recetado en combinación con UN corticoesteroide inhalado (p. ej., beclometasona, budesonida, flunisolida, fluticasona, mometasona, ciclesonida), a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos Y Recetado en combinación con UN agonista beta de acción prolongada (p. ej., salmeterol, formoterol, vilanterol), a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

FERRIPROX

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Falta de eficacia con deferoxamina, Exjade o Jadenu, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

FIORINAL WITH CODEINE

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Para pacientes de 65 años o más, se requiere autorización previa. Para pacientes de 64 años o menos, no se requiere autorización previa.

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Falta de eficacia con naproxeno e ibuprofeno, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

FIRAZYR

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

18 años o más.

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un inmunólogo, un alergista, un hematólogo o un reumatólogo, o bien, en consulta con éstos.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

FLECTOR

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de otro modo de la Parte D. Dolor neuropático relacionado con el cáncer.

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

Dolor Agudo: 4 semanas. Dolor neuropático relacionado con el cáncer. Hasta el final del año del contrato del Plan.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

FLUOROURACIL

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

FORTEO

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

La duración total de la terapia con análogos de la hormona paratiroidea o PTH (p. ej., Tymlos, Forteo) no ha excedido los 2 años.

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Falta de eficacia con un bisfosfonato (p. ej., alendronato), a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

GALAFOLD

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Variantes (mutaciones) del gen GLA susceptibles, asociadas con fenotipos benignos (es decir, fenotipos que se sabe que no causan la enfermedad de Fabry), incluyendo la siguiente mutación de GLA: c.937G to T, (p.(D313Y)).

Información Médica Requerida:

Presencia de al menos una variante (mutación) del gen GLA susceptible según lo confirmado por uno de los siguientes recursos: Folleto Informativo para Recetar Galafold (prospecto - Sección 12, Tabla 2), Herramienta de Búsqueda de la Variante del Gen GLA para la Enfermedad Fabry de Amicus: <http://www.fabrygenevariantsearch.com/hcp>, o Información Médica de Amicus en el número de teléfono 1-877-4AMICUS o en el sitio Web medinfousa@amicusrx.com.

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un geneticista clínico o en consulta con éste.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

GANCICLOVIR

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

GATTEX

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

GILENYA

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Intervalo QTc inicial mayor o igual a 500 mseg. Uso simultáneo de medicamentos antiarrítmicos Clase Ia o Clase III.

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un neurólogo o en consulta con éste.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

GILOTRIF

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

La enfermedad es positiva en relación con cualquiera de las mutaciones sensibilizadoras de EGFR, según lo detectado por una prueba aprobada por la FDA, a menos que la solicitud sea para una terapia de segunda línea en cáncer de pulmón de células no pequeñas y escamosas: eliminación del exón 19, sustitución del exón 21 [L858R] o mutaciones de L861Q, G719X o S768I.

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

GLATIRAMER

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un neurólogo o en consulta con éste.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

GLYBURIDE

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Para pacientes de 65 años o más, se requiere autorización previa. Para pacientes de 64 años o menos, no se requiere autorización previa.

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Falta de eficacia con dos de los siguientes medicamentos, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: glimepirida, glipizida o un producto que combine glipizida/metformina.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

GLYBURIDE/METFORMIN

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Para pacientes de 65 años o más, se requiere autorización previa. Para pacientes de 64 años o menos, no se requiere autorización previa.

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Falta de eficacia con dos de los siguientes medicamentos, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: glimepirida, glipizida o un producto que combine glipizida/metformina.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

GRANIX

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

HARVONI

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de otro modo de la Parte D. Tratamiento del HCV genotipo 1, 4, 5 o 6, con cirrosis descompensada y falta de eficacia del tratamiento con sofosbuvir o NS5A. Tratamiento del HCV genotipo 4, 5 o 6 con cirrosis descompensada. Tratamiento del HCV genotipo 5 o 6 en receptores de trasplante de hígado.

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Consulte el documento "Recommendations for Testing, Managing, and Treating Hepatitis C" (Recomendaciones para Pruebas, Control y Tratamiento de la Hepatitis C) de AASLD-IDSA, disponible en <http://www.hcvguidelines.org> para conocer el régimen de medicamentos y la duración del tratamiento según el genotipo, el estado del tratamiento, los regímenes de medicamentos anteriores usados, el historial médico pasado y las comorbilidades.

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un gastroenterólogo, un hepatólogo o un especialista en enfermedades infecciosas, o bien, en consulta con éstos.

Duración de la Cobertura:

De 8 a 24 semanas según el estado de la cirrosis, el genotipo, el tratamiento previo o la elegibilidad para ribavirina.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

HERCEPTIN

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Documentación de que el paciente tiene cáncer positivo en relación con el receptor del factor de crecimiento epidérmico humano tipo 2 (HER2).

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

HETLIOZ

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

HUMAN GROWTH HORMONE

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

NIÑOS Y ADOLESCENTES CON DEFICIENCIA DE LA HORMONA DEL CRECIMIENTO, DEFICIENCIA DE SHOX EN NIÑOS: La estatura inicial debe ser mayor de 2 desviaciones estándar por debajo del promedio para el sexo y la edad. La tasa de crecimiento es tal que el afiliado probablemente no logre una estatura adulta en el rango normal - 59 pulgadas para las mujeres y 63 pulgadas para los varones. SÍNDROME DE TURNER: Confirmado mediante cariotipado. SÍNDROME DE PRADER-WILLI o NOONAN: La estatura inicial debe ser menor del percentil 5 para el sexo y la edad, O BIEN, 2 o más desviaciones estándar por debajo de la estatura promedio del padre. La tasa de crecimiento es tal que el afiliado probablemente no logre una estatura adulta en el rango normal - 59 pulgadas para las mujeres y 63 pulgadas para los varones.

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

Deficiencia de la Hormona del Crecimiento en Adultos: 12 meses. Desgaste o Caquexia en VIH, Niños: 6 meses.

Otros Criterios:

Desgaste o Caquexia en VIH: El afiliado está siendo tratado con terapia antivírica concomitante.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

HUMIRA

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

ARTRITIS PSORIÁSICA, PSORIASIS EN PLACAS: Recetado por un reumatólogo o un dermatólogo, o bien, en consulta con éstos. ENFERMEDAD DE CROHN, COLITIS ULCEROSA: Recetado por un gastroenterólogo o en consulta con éste. ARTRITIS REUMATOIDEA, ESPONDILITIS ANQUILOSANTE, ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL POLIARTICULAR: Recetado por un reumatólogo o en consulta con éste. HIDRADENITIS SUPURATIVA: Recetado por un reumatólogo, un dermatólogo o un gastroenterólogo, o bien, en consulta con éstos.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

ARTRITIS REUMATOIDEA: Falta de eficacia con uno de los siguientes medicamentos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: metotrexato, sulfasalazina, hidroxiquina, d-penicilamina, azatioprina o auranofina. PSORIASIS EN PLACAS: Falta de eficacia con uno de los siguientes medicamentos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: metotrexato, ciclosporina o acitretina.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

HYDROCODONE

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

3 meses iniciales para el dolor no maligno, luego 12 meses. 12 meses para el dolor causado por el cáncer.

Otros Criterios:

Falta de eficacia con dos de los siguientes medicamentos, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: MS Contin, Kadian, Duragesic, Opana ER, Avinza u Oxycontin.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

HYDROXYZINE HCL

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Para pacientes de 65 años o más, se requiere autorización previa. Para pacientes de 64 años o menos, no se requiere autorización previa.

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Prurito: Falta de eficacia con uno de los siguientes agentes tópicos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: betametasona, hidrocortisona, triamcinolona, fluticasona, clobetasol, fluocinonida o fluocinolona. Ansiedad: Falta de eficacia con uno de los siguientes medicamentos, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: venlafaxina, buspirona, duloxetina o escitalopram. Todas las demás indicaciones aprobadas por la FDA: El paciente continúa con este medicamento sin efectos adversos.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

HYDROXYZINE HCL INJECTION

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Para pacientes de 65 años o más, se requiere autorización previa. Para pacientes de 64 años o menos, no se requiere autorización previa.

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

HYDROXYZINE PAMOATE

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Para pacientes de 65 años o más, se requiere autorización previa. Para pacientes de 64 años o menos, no se requiere autorización previa.

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Prurito: Falta de eficacia con uno de los siguientes agentes tópicos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: betametasona, hidrocortisona, triamcinolona, fluticasona, clobetasol, fluocinonida o fluocinolona. Ansiedad: Falta de eficacia con uno de los siguientes medicamentos, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: venlafaxina, buspirona, duloxetina o escitalopram. Todas las demás indicaciones aprobadas por la FDA: El paciente continúa con este medicamento sin efectos adversos.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

ICLUSIG

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Leucemia Linfoblástica Aguda (por sus siglas en inglés, ALL): Documentación de enfermedad del cromosoma Filadelfia positivo (Ph+).

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un oncólogo o un hematólogo, o bien, en consulta con éstos.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

IDHIFA

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Presencia de una mutación de isocitrato deshidrogenasa-2 (IDH2).

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un oncólogo o un hematólogo, o bien, en consulta con éstos.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Para edad menor de 60 años, la enfermedad es recurrente o refractaria después del tratamiento con un régimen de quimioterapia de primera línea (p. ej., citarabina, idarrubicina, daunorrubicina, Vyxeos, cladribine, Rydapt, Mylotarg).

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

ILARIS

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de otro modo de la Parte D. Artritis gotosa aguda.

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Documentación del peso actual.

Restricciones de Edad:

Síndromes Periódicos Asociados a Criopirina: 4 años o más. Todas las demás indicaciones cubiertas: 2 años o más.

Restricciones de la Persona que Receta:

ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL SISTÉMICA: Recetado por un dermatólogo, un reumatólogo o un gastroenterólogo, o bien, en consulta con éstos. TODAS LAS DEMÁS INDICACIONES CUBIERTAS: Recetado por un reumatólogo o en consulta con éste.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

ILUMYA

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un reumatólogo o un dermatólogo, o bien, en consulta con éstos.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Falta de eficacia con uno de los siguientes medicamentos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: metotrexato, ciclosporina o acitretina. Falta de eficacia con uno de los siguientes medicamentos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: Cosentyx, Humira, Inflectra, Remicade, Stelara, Taltz, and Tremfya.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

IMATINIB

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un oncólogo o un hematólogo, o bien, en consulta con éstos.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

IMBRUVICA

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

ENFERMEDAD DE INJERTO CONTRA HUÉSPED CRÓNICA: Recetado por un oncólogo, un hematólogo o un especialista en trasplante de médula ósea, o en consulta con éstos. TODAS LAS DEMÁS INDICACIONES: Recetado por un oncólogo o un hematólogo, o bien, en consulta con éstos.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

LINFOMA DE CÉLULAS DEL MANTO: El afiliado ha recibido al menos una terapia anterior (p. ej., Rituxan, vincristina, citarabina, cisplatino, doxorubicina, Treanda). LINFOMA DE LA ZONA MARGINAL: El afiliado ha recibido al menos una terapia anterior con anti-CD20.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

IMIPRAMINE

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Para pacientes de 65 años o más, se requiere autorización previa. Para pacientes de 64 años o menos, no se requiere autorización previa.

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Depresión: Falta de eficacia con uno de los siguientes medicamentos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: bupropión, bupropión SR, bupropión XL, citalopram, succinato de desvenlafaxina, duloxetina, escitalopram, fluoxetina, mirtazapina, sertralina, venlafaxina o venlafaxina XR.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

INDOMETHACIN

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Para pacientes de 65 años o más, se requiere autorización previa. Para pacientes de 64 años o menos, no se requiere autorización previa.

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Falta de eficacia con naproxeno y sulindaco, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

INFLECTRA

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Artritis Psoriásica/Psoriasis en Placas: Recetado por un reumatólogo o un dermatólogo, o bien, en consulta con éstos. Enfermedad de Crohn/Colitis Ulcerosa: Recetado por un gastroenterólogo o en consulta con éste. Artritis Reumatoidea/Espondilitis Anquilosante: Recetado por un reumatólogo o en consulta con éste.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Artritis Reumatoidea: Falta de eficacia con uno de los siguientes medicamentos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: metotrexato, sulfasalazina, hidroxicloroquina, d-penicilamina, azatioprina o auranofina. Psoriasis en Placas: Falta de eficacia con uno de los siguientes medicamentos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: metotrexato, ciclosporina o acitretina.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

INGREZZA

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

El desarrollo de discinesia tardía es secundario a un agente bloqueante del receptor de dopamina que actúa centralmente (neurolepticos) (por ejemplo, antipsicóticos de primera o segunda generación tales como clorpromazina o aripiprazol, antieméticos tales como prometazina o metoclopramida, el antidepresivo tricíclico amoxapina).

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un psiquiatra o un neurólogo, o bien, en consulta con éstos.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

INLYTA

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

CARCINOMA FOLICULAR, CARCINOMA DE CÉLULAS HURTHLE, CARCINOMA PAPILAR: La enfermedad es refractaria al yodo e inextirpable o metastásica.

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

INTERFERON BETA-1A

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un neurólogo o en consulta con éste.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

INTERFERON BETA-1B

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un neurólogo o en consulta con éste.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

INTUNIV

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Para pacientes de 65 años o más, se requiere autorización previa. Para pacientes de 64 años o menos, no se requiere autorización previa.

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Trastorno de Hiperactividad con Déficit en la Atención Falta de eficacia con dos de los siguientes medicamentos, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: dexmetilfenidato, metilfenidato o sales mixtas de anfetamina.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

JAKAFI

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un oncólogo o un hematólogo, o bien, en consulta con éstos.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

POLICITEMIA VERA: Falta de eficacia con hidroxiurea, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

JUXTAPID

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Falta de eficacia con Repatha 420 mg, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

JYNARQUE

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un nefrólogo o en consulta con éste.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

KADCYLA

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Kadcyla se usará como terapia de agente único.

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

KALYDECO

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Pacientes con fibrosis quística que son homocigotos para la mutación delF508.

Información Médica Requerida:

Presencia de una mutación en el gen CFTR que responde a ivacaftor, según lo detectado en una prueba de mutación de fibrosis quística aprobada por la FDA.

Restricciones de Edad:

1 año de edad o más.

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

KETOROLAC TROMETHAMINE

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Pacientes con enfermedad de úlcera péptica activa. Problemas renales avanzados o en riesgo de insuficiencia renal debido a una reducción del volumen. Sospecha o confirmación de hemorragia cerebrovascular, diátesis hemorrágica, hemostasia incompleta y personas en alto riesgo de hemorragia. Pacientes que actualmente reciben aspirina o antiinflamatorios no esteroideos (por sus siglas en inglés, NSAID). Pacientes que actualmente reciben Probenecid o pentoxifilina.

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Para pacientes de 65 años o más, se requiere autorización previa. Para pacientes de 64 años o menos, no se requiere autorización previa.

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

5 días.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

KEVZARA

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un reumatólogo o en consulta con éste.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Falta de eficacia con uno de los siguientes medicamentos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: metotrexato, sulfasalazina, hidroxicloroquina, d-penicilamina, azatioprina o auranofina.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

KISQALI

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

El cáncer de seno es positivo para receptores hormonales (por sus siglas en inglés, HR), negativo para el receptor del factor de crecimiento epidérmico humano tipo 2 (HER2) y avanzado o metastásico.

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Para Kisqali: Recetado en combinación con un inhibidor de la aromatasa (p. ej., letrozol, anastrozol o exemestano), fulvestrant o tamoxifeno. Si se receta en combinación con tamoxifeno: La justificación médica respalda la necesidad del uso de tamoxifeno por encima de un inhibidor de la aromatasa o fulvestrant. Para hombres que reciben un inhibidor de la aromatasa: Recetado en combinación con un agente que suprime la esteroidogénesis testicular (p. ej., agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina).

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

KORLYM

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Embarazo.

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

KUVAN

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

CONTINUIDAD DE LA TERAPIA: Documentación de una reducción en los niveles de fenilalanina en sangre desde el inicio de la terapia.

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

Inicial: 3 meses. Reautorización: 12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

KYNAMRO

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Falta de eficacia con Repatha 420 mg, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

LATUDA

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Falta de eficacia con dos de los siguientes antipsicóticos atípicos, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: risperidona, olanzapina, quetiapina, ziprasidona, aripiprazol.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

LAZANDA

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

18 años o más

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

Hasta el final del año de contrato del Plan.

Otros Criterios:

El paciente ya está tomando y tolera la terapia con opiáceos durante las 24 horas. Se considera que los pacientes toleran los opiáceos cuando han tomado otro opiáceo a diario durante una semana o más (por ejemplo, al menos 60 mg de morfina oral por día o una dosis equianalgésica de otro opiáceo).

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

LEMTRADA

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un neurólogo o en consulta con éste.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Falta de eficacia con DOS de los siguientes medicamentos, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: Aubagio, Tecfidera, Gilenya, Avonex, Betaseron, Plegridy, Copaxone, Glatopa, Extavia o Rebif.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

LENVIMA

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES: Recetado en combinación con Afinitor Y si la histología es de células claras o desconocida, falta de eficacia a un régimen que contiene o incluye uno de los siguiente medicamentos, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: Avastin, Cabometyx, Inlyta, Nexavar, Opdivo, Proleukin, Sutent, Tarceva, Torisel, Votrient o Yervoy. CARCINOMA MEDULAR DE TIROIDES:

Falta de eficacia con Cometriq o Caprelsa, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

LEUKINE

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Se usa Después de la Quimioterapia de Inducción en Leucemia Mielógena Aguda, Se usa en la Movilización y Después del Trasplante de Células Progenitoras Autólogas de Sangre Periférica, Se usa en la Reconstitución Mieloide Después de un Trasplante Autólogo o Alogénico de Médula Ósea, Síndrome radiactivo agudo: Falta de eficacia con Neupogen, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

LIDODERM

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de otro modo de la Parte D. Neuropatía diabética periférica. Dolor neuropático relacionado con el cáncer.

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

LONSURF

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Documentación de que el paciente tiene o no el gen RAS (KRAS o NRAS) de tipo natural.

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Falta de eficacia con uno de los siguientes medicamentos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: 5-fluorouracil, capecitabina, oxaliplatino, irinotecán, Avastin, Cyramza, Stivarga o Zaltrap. Si el tumor expresa el gen RAS de tipo natural, falta de eficacia con Erbitux o Vectibix, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

LORBRENA

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

La enfermedad es ALK o ROS1-positiva y recurrente, avanzada o metastásica.

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Para la enfermedad es ALK-positiva: Falta de eficacia con uno de los siguientes medicamentos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: Alecensa, Alunbrig, Zykadia. Para la enfermedad es ROS1-positiva: Falta de eficacia con uno de los siguientes medicamentos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: Xalkori, Zykadia.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

LOTRONEX

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Pacientes hombres.

Información Médica Requerida:

Pacientes mujeres con síntomas de intestino irritable persistente durante al menos 6 meses.

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

LUCEMYRA

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Diagnóstico de dependencia de opioides (puede limitarse a la tolerancia/dependencia fisiológica) o trastorno por consumo de opioides. El afiliado se acaba de someter o se someterá a una interrupción abrupta de opioides dentro de los próximos siete días y uno de los siguientes: el afiliado ha tomado uno o más opioides durante al menos las últimas tres semanas, O BIEN, se le ha administrado o se le administrará un antagonista de opioides (p. ej., naltrexona) después de un período de consumo de opioides. La justificación médica respalda por qué no se puede usar una disminución progresiva de opioides (p. ej., con buprenorfina, metadona u otro opioide). Lucemyra no se ha recetado para un evento previo de abstinencia de opioides dentro de los últimos 30 días o una justificación médica respalda un nuevo tratamiento.

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por o en consulta con un médico especializado en una de las siguientes áreas: atención para pacientes hospitalizados/medicina de emergencia, control del dolor, psiquiatría de adicciones.

Duración de la Cobertura:

14 days per course of treatment.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

LYNPARZA CAPSULE

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Mutaciones en los genes BRCA según lo detectado por una prueba aprobada por la FDA.

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

LYNPARZA TABLET

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Cáncer de ovarios, cáncer de trompas de falopio o cáncer peritoneal primario: Mutaciones en los genes de BRCA, O BIEN, la afiliada tiene una respuesta completa o parcial a dos o más regímenes de quimioterapia basados en platino.
Cáncer de Seno: Mutaciones en los genes de BRCA y documentación de enfermedad negativa en relación con el receptor del factor de crecimiento epidérmico humano tipo 2 (HER2).

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

MAVYRET

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Pacientes que recibieron tratamiento previo con un inhibidor de la proteasa NS3/4A y con un inhibidor de la NS5A.

Información Médica Requerida:

Si el paciente presenta cirrosis, confirmación del estado de Child-Pugh A. Consulte el documento "Recommendations for Testing, Managing, and Treating Hepatitis C" (Recomendaciones para Pruebas, Control y Tratamiento de la Hepatitis C) de AASLD-IDSA, disponible en <http://www.hcvguidelines.org> para conocer el régimen de medicamentos y la duración del tratamiento según el genotipo, el estado del tratamiento, los regímenes de medicamentos anteriores usados, el historial médico pasado y las comorbilidades.

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un gastroenterólogo, un hepatólogo o un especialista en enfermedades infecciosas, o bien, en consulta con éstos.

Duración de la Cobertura:

De 8 a 16 semanas según el genotipo, el estado de la cirrosis, el régimen del tratamiento previo.

Otros Criterios:

Si el afiliado ha sido tratado anteriormente con un régimen de HCV que contenía un inhibidor de la NS5A o un inhibidor de la proteasa NS3/4A, pero no ambos, el afiliado tiene genotipo 1.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

MEGACE

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

CÁNCER DE SENO Y CÁNCER DE ENDOMETRIO: Se usa acetato de megestrol como tratamiento paliativo.

Restricciones de Edad:

Para pacientes de 65 años o más, se requiere autorización previa. Para pacientes de 64 años o menos, no se requiere autorización previa.

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

ANOREXIA Y CAQUEXIA ASOCIADAS CON EL SIDA: Falta de eficacia con dronabinol y oxandrolona, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

MEGACE ES

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

CÁNCER DE SENO Y CÁNCER DE ENDOMETRIO: Se usa acetato de megestrol como tratamiento paliativo.

Restricciones de Edad:

Para pacientes de 65 años o más, se requiere autorización previa. Para pacientes de 64 años o menos, no se requiere autorización previa.

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

ANOREXIA Y CAQUEXIA ASOCIADAS CON EL SIDA: Falta de eficacia con dronabinol y oxandrolona, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

MEKINIST

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de otro modo de la Parte D. Melanoma maligno uveal.

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

MELANOMA: Positivo en relación con la mutación de BRAF V600E o V600K, según lo detectado por una prueba aprobada por la FDA. CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS, CÁNCER ANAPLÁSICO TIROIDEO: Positivo en relación con la mutación de BRAF V600E, según lo detectado por una prueba aprobada por la FDA.

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS, CÁNCER ANAPLÁSICO TIROIDEO: Recetado en combinación con Tafinlar.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

MEKTOVI

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Positivo en relación con la mutación de BRAF V600E o V600K, según lo detectado por una prueba aprobada por la FDA.

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Recetado en combinación con Braftovi.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

METAXALONE

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Para pacientes de 65 años o más, se requiere autorización previa. Para pacientes de 64 años o menos, no se requiere autorización previa.

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

METHAMPHETAMINE

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

Criterios de Exclusión:

Tratamiento de la obesidad.

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

METHOCARBAMOL

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Para pacientes de 65 años o más, se requiere autorización previa. Para pacientes de 64 años o menos, no se requiere autorización previa.

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

METHOTREXATE INJ

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Falta de eficacia con metotrexato genérico (inyección), a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

MIRVASO

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Eritema de rosácea con pápulas o pústulas: Falta de eficacia con metronidazol tópico, doxiciclina oral o Finacea, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

MOZOBIL

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un oncólogo o un hematólogo, o bien, en consulta con éstos.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Debe administrarse en combinación con un factor estimulante de colonias de granulocitos (G-CSF) (p. ej., filgrastim, filgrastim-sndz o tbo-filgrastim).

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

MULPLETA

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Conteo de plaquetas reciente (dentro de los últimos 14 días) menor de $50 \times 10^9/L$. El afiliado tiene programado un procedimiento médico o dental dentro de los siguientes 30 días.

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un gastroenterólogo, un hematólogo o un hepatólogo, o en consulta con éstos.

Duración de la Cobertura:

4 semanas.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

NAMENDA

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de otro modo de la Parte D. Demencia vascular.

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Para pacientes de 59 años o menos, se requiere autorización previa. Para pacientes de 60 años o más, no se requiere autorización previa.

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

NATPARA

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

NERLYNX

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Cáncer de seno positivo para el receptor del factor de crecimiento epidérmico humano tipo 2 (HER2).

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Recetado en combinación con capecitabina para la metástasis cerebral recurrente, O BIEN, Documentación de tratamiento previo con trastuzumab como terapia complementaria y la enfermedad es positiva con respecto a receptores hormonales o está en una etapa temprana (etapa 1-3).

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

NEULASTA

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de otro modo de la Parte D. Movilización de células progenitoras de sangre periférica antes de un trasplante autólogo. Atención de apoyo después de un trasplante autólogo de células hematopoyéticas.

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

NEUPOGEN

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de otro modo de la Parte D. Síndrome mielodisplásico. Neutropenia en pacientes con VIH/SIDA.

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

NINLARO

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un oncólogo o un hematólogo, o bien, en consulta con éstos.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Recetado en combinación con dexametasona.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

NITROFURANTOIN

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Para pacientes de 65 años o más, se requiere autorización previa. Para pacientes de 64 años o menos, no se requiere autorización previa.

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Enfermedad infecciosa del tracto urinario, Tratamiento agudo: Falta de eficacia con UNO de los siguientes medicamentos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: sulfametoxazol/trimetoprima o ciprofloxacina. Enfermedad infecciosa del tracto urinario, Profilaxis: El paciente continúa con este medicamento sin efectos adversos.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

NORTHERA

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

NUCALA

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Recuento de eosinófilos en sangre mayor o igual a 150 células/mcL dentro de los últimos 3 meses.

Restricciones de Edad:

ASMA: 12 años de edad o más.

Restricciones de la Persona que Receta:

ASMA: Recetado por un alergista, un neumólogo o un inmunólogo, o bien, en consulta con éstos.

GRANULOMATOSIS EOSINOFÍLICA CON POLIANGITIS: Recetado por un neumólogo, un inmunólogo, un reumatólogo o un nefrólogo, o bien, en consulta con éstos.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

ASMA: Recetado en combinación con UN corticoesteroide inhalado (p. ej., beclometasona, budesonida, flunisolida, fluticasona, mometasona, ciclesonida), a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos Y Recetado en combinación con UN agonista beta de acción prolongada (p. ej., salmeterol, formoterol, vilanterol), a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos. GRANULOMATOSIS EOSINOFÍLICA CON POLIANGITIS: Falta de eficacia con UN glucocorticoide, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

NUEDEXTA

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un neurólogo o en consulta con éste.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

NUPLAZID

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

OCALIVA

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Se debe usar en combinación con el ácido ursodesoxicólico a menos que el paciente sea intolerante al ácido ursodesoxicólico.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

OCREVUS

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un neurólogo o en consulta con éste.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Formas Recurrentes De Esclerosis Múltiple: Falta de eficacia con uno de los siguientes medicamentos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: Aubagio, Tecfidera, Gilenya, Avonex, Betaseron, Plegridy, Copaxone, Glatopa, Extavia o Rebif.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

ODOMZO

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

OFEV

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

OLUMIANT

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un reumatólogo o en consulta con éste.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Falta de eficacia con uno de los siguientes medicamentos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: metotrexato, sulfasalazina, hidroxiclороquina, d-penicilamina, azatioprina o auranofina. Falta de eficacia con al menos un inhibidor TNF, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

OPSUMIT

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

ORENITRAM

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

ORLISSA

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Para solicitudes de 200 mg dos veces al día, afiliadas con osteoporosis.

Información Médica Requerida:

Continuidad de la terapia: mejoría en dismenorrea, dispareunia, dolor/induración/sensibilidad en la zona pélvica o tamaño de lesiones endometriales. La duración total de la terapia no ha excedido los 6 meses para la dosis de 200 mg dos veces al día o 24 meses para la dosis de 150 mg una vez al día.

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un ginecólogo o en consulta con éste.

Duración de la Cobertura:

Hasta 6 meses para 200 mg dos veces al día o hasta 12 meses para 150 mg una vez al día.

Otros Criterios:

Falta de eficacia con UN medicamento antiinflamatorio no esteroideo (p. ej., ibuprofeno, naproxeno, fenoprofeno, ketoprofeno, ácido mefenámico, meclofenamato, indometacina, tolmetina, diclofenaco, etodolac, diflunisal, meloxicam, piroxicam) o UN agente que contiene progestina (p. ej., noretindrona, etinilestradiol con [desogestrel, etinodiol diacetato, drospirenona, etonogestrel, levonorgestrel, norelgestromina, noretindrona, norgestimato o norgestrel], valerato de estradiol/dienogest, mestranol/noretindrona, acetato de medroxiprogesterona depot inyectable), a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

ORKAMBI

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Presencia de la mutación de delF508 homocigota en una prueba de mutación de la fibrosis quística aprobada por la FDA.

Restricciones de Edad:

2 años de edad o más.

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

PALYNZIQ

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

El nivel en sangre de fenilalanina (Phe) reciente (dentro de los 90 días) es superior a 600 micromol/L.
CONTINUIDAD DE LA TERAPIA: Respuesta positiva según se evidencia por uno de los siguientes: a) El nivel de Phe en sangre ha disminuido por al menos el 20% desde el valor inicial previo al tratamiento, b) El nivel de Phe en sangre es inferior o igual a 600 micromol/L, c) El afiliado ha estado usando 20 mg por día durante al menos 6 meses, pero se solicita un ajuste de la dosis a 40 mg por día después una falta de eficacia para alcanzar las metas terapéuticas (a o b más arriba).

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un endocrinólogo, un especialista en enfermedades metabólicas, o un especialista genético, o bien, en consulta con éstos.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

PERSERIS

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Falta de eficacia con dos de los siguientes antipsicóticos atípicos, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: aripiprazol, ziprasidona, quetiapina, olanzapina, risperidona, asenapine, iloperidone, paliperidone.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

PHENOBARBITAL

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Para pacientes de 65 años o más, se requiere autorización previa. Para pacientes de 64 años o menos, no se requiere autorización previa.

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Convulsiones parciales: Falta de eficacia con uno de los siguientes medicamentos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: carbamazepina, fenitoína, topiramato, tiagabina, levetiracetam, gabapentina, lamotrigina, oxcarbazepina, primidona o divalproex. Convulsiones generalizadas: Falta de eficacia con uno de los siguientes medicamentos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: carbamazepina, fenitoína, topiramato, levetiracetam, primidona o lamotrigina.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

PRALUENT

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Hipercolesterolemia Familiar Heterocigota: Documentación (p. ej., expedientes médicos, notas de registro, valores de laboratorio) de nivel de LDL sugestivo de un diagnóstico de hipercolesterolemia familiar heterocigota (p. ej., Adultos: LDL mayor de 190 mg/dL). Hipercolesterolemia: Documentación de un LDL de 70 mg/dL o mayor Y antecedentes documentados de enfermedad cardiovascular arterioesclerótica clínica definida como uno de los siguientes: Síndromes coronarios agudos, Infarto de Miocardio, Angina estable o inestable, Revascularización coronaria o de otras arterias (p. ej., intervención coronaria percutánea o cirugía de derivación de la arteria coronaria con injerto), Derrame cerebral, Enfermedad arterial periférica que se presume de origen arterioesclerótico, Ataque isquémico transitorio (por sus siglas en inglés, TIA), Enfermedad cardiocoronaria clínicamente significativa (por sus siglas en inglés, CHD) diagnosticada por pruebas invasivas o no invasivas (como angiografía coronaria, prueba de esfuerzo con cinta caminadora, ecocardiograma de esfuerzo o estudios por imágenes nucleares), Oclusión de la arteria carótida mayor del 50% sin síntomas, Estenosis de la arteria renal o procedimiento de colocación de estent en la arteria renal. CONTINUIDAD DE LA TERAPIA: Documentación de reducción del LDL durante la terapia con Praluent Y, si se tolera, confirmación de continuidad de terapia con estatinas en la dosis máxima tolerada.

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un cardiólogo, un endocrinólogo o un especialista en lípidos, o bien, en consulta con éstos.

Duración de la Cobertura:

6 meses.

Otros Criterios:

Falta de eficacia con dos de los siguientes medicamentos en las dosis máximas toleradas, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: atorvastatina, rosuvastatina, simvastatina, ezetimiba/simvastatina, pitavastatina, pravastatina, fluvastatina o lovastatina.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

PREVYMIS

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

El afiliado recibe pimozida o alcaloides ergóticos. El afiliado recibe ciclosporina administrada conjuntamente con pitavastatina o simvastatina.

Información Médica Requerida:

Prevymis por vía intravenosa (IV): Justificación médica de por qué el afiliado no puede usar terapia oral.

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un oncólogo, un hematólogo, un especialista en enfermedades infecciosas o un especialista en trasplantes, o en consulta con éstos.

Duración de la Cobertura:

Hasta el día 100 después del trasplante.

Otros Criterios:

Falta de eficacia con valaciclovir genérico o ganciclovir genérico, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

PROLASTIN C

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un neumólogo o en consulta con éste.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

PROLIA

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Hipocalcemia (a menos que se corrija antes de iniciar la terapia).

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Para hombres con cáncer de próstata no metastásico: Está recibiendo o ha recibido terapia de privación de andrógenos [p. ej., leuprolida (Lupron), bicalutamida (Casodex) o Nilandron]. Para mujeres con cáncer de seno: Está recibiendo o ha recibido terapia complementaria con un inhibidor de la aromatasas [p. ej., anastrozol (Arimidex), exemestano (Aromasin) o letrozol (Femara)].

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

PROMACTA

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Trombocitopenia en Hepatitis C Crónica: Documentación de tratamiento actual o planeado de la hepatitis C crónica con interferón.

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Trombocitopenia Crónica Inmune (Idiopática): Falta de eficacia con un corticosteroide (p. ej., prednisona, metilprednisolona o dexametasona), a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

PROTOPIC

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Tacrolimus 0.1%: 16 años o más.

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Falta de eficacia con dos corticoesteroides tópicos de potencia media a alta (p. ej., amcinonida, propionato de fluticasona, acetónida de triamcinolona, valerato de betametasona, acetónida de fluocinolona, butirato de hidrocortisona, furoato de mometasona, desoximetasona, fluocinonida o dipropionato de betametasona), a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

PROVIGIL

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de otro modo de la Parte D. Fatiga relacionada con la esclerosis múltiple.

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

PURIXAN

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de otro modo de la Parte D. Linfoma linfoblástico.

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

El afiliado tiene un trastorno en la deglución documentado o una incapacidad para tragar las tabletas o las cápsulas.

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un oncólogo o un hematólogo, o bien, en consulta con éstos.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Falta de eficacia con mercaptopurina (tabletas), a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

QUALAQUIN

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de otro modo de la Parte D. Babesiosis. Malaria por plasmodium vivax.

Criterios de Exclusión:

Para el tratamiento o la prevención de calambres nocturnos en las piernas.

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

Malaria: 7 días. Babesiosis: De 7 a 10 días.

Otros Criterios:

Malaria por plasmodium vivax: La infección es resistente a la cloroquina.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

RADICAVA

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Capacidad vital forzada superior o igual al 80%, duración de la enfermedad inferior o igual a 2 años, funcionalmente mantiene su desempeño en la mayoría de las actividades de la vida diaria (que se define como puntuación inicial de la Escala revisada de Valoración Funcional de la Esclerosis Lateral Amiotrófica (por sus siglas en inglés, ALSFRS-R) con un valor superior o igual a 2 puntos en cada uno de los 12 artículos, cumple con los criterios de diagnóstico para esclerosis lateral amiotrófica (por sus siglas en inglés, ALS) confirmada o probable según los criterios revisados de El Escorial. CONTINUIDAD DE LA TERAPIA: El afiliado mantiene su desempeño en la mayoría de las actividades de la vida diaria, una capacidad vital forzada superior o igual al 80% y una puntuación de la ALSFRS-R superior o igual a 2 puntos en cada uno de los 12 artículos.

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un neurólogo o en consulta con éste.

Duración de la Cobertura:

6 meses.

Otros Criterios:

Recetado en combinación con riluzol, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

RANEXA

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Pacientes con inhibidores de CYP3A potentes (p. ej., ketoconazol, inhibidores de la proteasa del VIH, claritromicina) o inductores de CYP3A (p. ej., rifampina, fenobarbital).

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

RAYALDEE

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

El paciente tiene enfermedad renal crónica (por sus siglas en inglés, CKD) en etapa 3 o 4 y un nivel sérico total de 25-hidroxivitamina D inferior a 30 ng/mL.

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

REMICADE

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de otro modo de la Parte D. Granulomatosis de Wegener.

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Artritis Psoriásica/Psoriasis en Placas: Recetado por un reumatólogo o un dermatólogo, o bien, en consulta con éstos. Enfermedad de Crohn/Colitis Ulcerosa: Recetado por un gastroenterólogo o en consulta con éste. Artritis Reumatoidea/Espondilitis Anquilosante: Recetado por un reumatólogo o en consulta con éste.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Artritis Reumatoidea: Falta de eficacia con uno de los siguientes medicamentos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: metotrexato, sulfasalazina, hidroxicloroquina, d-penicilamina, azatioprina o auranofina. Psoriasis en Placas: Falta de eficacia con uno de los siguientes medicamentos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: metotrexato, ciclosporina o acitretina.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

REPATHA

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Hipercolesterolemia Familiar Heterocigota u Homocigota: Documentación (p. ej., expedientes médicos, notas de registro, valores de laboratorio) de nivel de LDL sugestivo de un diagnóstico de hipercolesterolemia familiar (p. ej., Adultos: LDL mayor de 190 mg/dL). Hipercolesterolemia: Documentación de un LDL de 70 mg/dL o mayor Y antecedentes documentados de enfermedad cardiovascular arterioesclerótica clínica definida como uno de los siguientes: Síndromes coronarios agudos, Infarto de Miocardio, Angina estable o inestable, Revascularización coronaria o de otras arterias (p. ej., intervención coronaria percutánea o cirugía de derivación de la arteria coronaria con injerto), Derrame cerebral, Enfermedad arterial periférica que se presume de origen arterioesclerótico, Ataque isquémico transitorio (por sus siglas en inglés, TIA), Enfermedad cardiocoronaria clínicamente significativa (por sus siglas en inglés, CHD) diagnosticada por pruebas invasivas o no invasivas (como angiografía coronaria, prueba de esfuerzo con cinta caminadora, ecocardiograma de esfuerzo o estudios por imágenes nucleares), Oclusión de la arteria carótida mayor del 50% sin síntomas, Estenosis de la arteria renal o procedimiento de colocación de estent en la arteria renal. CONTINUIDAD DE LA TERAPIA: Documentación de reducción del LDL durante la terapia con Repatha Y, si se tolera, confirmación de continuidad de terapia con estatinas en la dosis máxima tolerada.

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un cardiólogo, un endocrinólogo o un especialista en lípidos, o bien, en consulta con éstos.

Duración de la Cobertura:

6 meses.

Otros Criterios:

Falta de eficacia con dos de los siguientes medicamentos en las dosis máximas toleradas, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: atorvastatina, rosuvastatina, simvastatina, ezetimiba/simvastatina, pitavastatina, pravastatina, fluvastatina o lovastatina.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

RESTASIS

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Falta de eficacia con un corticosteroide oftálmico, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

REVATIO

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Afiliados que se encuentran en tratamiento concomitante con nitratos (p. ej., Nitrodur, Nitrobid, Nitrostat, Isordil, Ismo). Afiliados que se encuentran en tratamiento concomitante con un estimulador de la guanilato ciclasa, como riociguat (Adempas).

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

REVLIMID

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

Criterios de Exclusión:

Afiliadas que estén embarazadas.

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un oncólogo o un hematólogo, o bien, en consulta con éstos.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

REXULTI

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Falta de eficacia con aripiprazol y uno de los siguientes antipsicóticos atípicos genéricos, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: risperidona, olanzapina, quetiapina, ziprasidona.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

RUBRACA

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

TRATAMIENTO QUE NO ES DE MANTENIMIENTO: Mutaciones en los genes BRCA según lo detectado por una prueba aprobada por la FDA.

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO: Completó dos o más regímenes de quimioterapia basada en el platino y responde de manera total o parcial.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

RYDAPT

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Leucemia Mieloide Aguda: Positiva respecto de la mutación del gen FLT3 según lo detectado por una prueba aprobada por la Administración de Medicamentos y Alimentos (por sus siglas en inglés, FDA) (p. ej., Ensayo de Mutación LeukoStrat CDx FLT3).

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Leucemia Mieloide Aguda: Recetado por un oncólogo o un hematólogo, o bien, en consulta con éstos. Mastocitosis Sistémica Avanzada: Recetado por un oncólogo, un alergista o un inmunólogo, o en consulta con éstos.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Leucemia Mieloide Aguda: para terapia de inducción, recetado en combinación con citarabina y daunorubicina, O BIEN, para terapia de consolidación, recetado en combinación con citarabina.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

SILIQ

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un reumatólogo o un dermatólogo, o bien, en consulta con éstos.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Falta de eficacia con uno de los siguientes medicamentos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: metotrexato, ciclosporina o acitretina.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

SIMPONI

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

ARTRITIS PSORIÁSICA: Recetado por un reumatólogo o un dermatólogo, o bien, en consulta con éstos.

COLITIS ULCEROSA: Recetado por un gastroenterólogo o en consulta con éste. ARTRITIS REUMATOIDEA,

ESPONDILITIS ANQUILOSANTE: Recetado por un reumatólogo o en consulta con éste.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

ARTRITIS REUMATOIDEA: Falta de eficacia con uno de los siguientes medicamentos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: metotrexato, sulfasalazina, hidroxicloroquina, d-penicilamina, azatioprina o auranofina. ARTRITIS PSORIÁSICA: Falta de eficacia con metotrexato, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

SIMPONI ARIA

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

ARTRITIS PSORIÁSICA: Recetado por un reumatólogo o un dermatólogo, o bien, en consulta con éstos.

ARTRITIS REUMATOIDEA, ESPONDILITIS ANQUILOSANTE: Recetado por un reumatólogo o en consulta con éste.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

ARTRITIS REUMATOIDEA: Falta de eficacia con uno de los siguientes medicamentos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: metotrexato, sulfasalazina, hidroxicloroquina, d-penicilamina, azatioprina o auranofina. ARTRITIS PSORIÁSICA: Falta de eficacia con metotrexato, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

SOMA

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Para pacientes de 65 años o más, se requiere autorización previa. Para pacientes de 64 años o menos, no se requiere autorización previa.

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

SOMAVERT

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Respuesta inadecuada a la cirugía o la radioterapia, a menos que la cirugía o la radioterapia no sean adecuadas para el paciente.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

SONATA

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Para pacientes de 65 años o más, se requiere autorización previa. Para pacientes de 64 años o menos, no se requiere autorización previa.

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Falta de eficacia con dos de los siguientes medicamentos, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: Rozerem, Silenor 6 mg/día o menos, trazodona o temazepam.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

SOVALDI

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de otro modo de la Parte D. Para el tratamiento del virus de la hepatitis C genotipos 5 y 6. Tratamiento del HCV genotipo 2 o 3 en receptores de trasplante de hígado.

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Consulte el documento "Recommendations for Testing, Managing, and Treating Hepatitis C" (Recomendaciones para Pruebas, Control y Tratamiento de la Hepatitis C) de AASLD-IDSA, disponible en <http://www.hcvguidelines.org> para conocer el régimen de medicamentos y la duración del tratamiento según el genotipo, el estado del tratamiento, los regímenes de medicamentos anteriores usados, el historial médico pasado y las comorbilidades.

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un gastroenterólogo, un hepatólogo o un especialista en enfermedades infecciosas, o bien, en consulta con éstos.

Duración de la Cobertura:

Los criterios serán aplicados consistentes con los actuales AASLD-IDSA pauta de tratamiento.

Otros Criterios:

Falta de eficacia con dos de los siguientes medicamentos, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: Mavyret, Harvoni, Epclusa, Vosevi y Zepatier para genotipos aplicables.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

SPRITAM

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Debe proporcionarse una justificación médica del motivo por el cual el paciente no puede tomar levetiracetam genérico (tabletas o líquido).

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

SPRYCEL

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA, LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA: Documentación de que el afiliado tiene enfermedad del cromosoma Filadelfia positivo.

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA, LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA: Recetado por un oncólogo o un hematólogo, o bien, en consulta con éstos. TODAS LAS DEMÁS DE ONCOLOGÍA INDICACIONES CUBIERTAS: Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

TUMOR GASTROINTESTINAL ESTROMAL: Falta de eficacia con uno de los siguientes medicamentos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: imatinib, Sutent o Stivarga.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

STIVARGA

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

STRENSIQ

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

SUBSYS

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

18 años o más.

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

Hasta el final del año de contrato del Plan.

Otros Criterios:

El paciente ya está tomando y tolera la terapia con opiáceos durante las 24 horas. Se considera que los pacientes toleran los opiáceos cuando han tomado otro opiáceo a diario durante una semana o más (por ejemplo, al menos 60 mg de morfina oral por día o una dosis equianalgésica de otro opiáceo).

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

SURMONTIL

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de otro modo de la Parte D. Síndrome de intestino irritable.

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Para pacientes de 65 años o más, se requiere autorización previa. Para pacientes de 64 años o menos, no se requiere autorización previa.

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Depresión: Falta de eficacia con uno de los siguientes antidepresivos genéricos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: bupropión, bupropión SR, bupropión XL, citalopram, succinato de desvenlafaxina, duloxetina, escitalopram, fluoxetina, mirtazapina, sertralina, venlafaxina o venlafaxina XR.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

SYMDEKO

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Presencia de mutación de delF508 homocigota o de al menos una mutación del gen CFTR que responde a tezacaftor/ivacaftor.

Restricciones de Edad:

Edad mayor o igual a 12 años.

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

SYMLINPEN

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Uso anterior de terapia de insulina a la hora de la comidas o de una bomba de insulina.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

SYMPAZAN

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un neurólogo o en consulta con éste.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

La justificación médica respalda la imposibilidad de usar clobazam tabletas y suspensión líquida oral (p. ej., contraindicaciones para excipientes).

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

TAGRISSE

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

La enfermedad es positiva en relación con cualquiera de las siguientes, según lo detectado por una prueba aprobada por la FDA: eliminaciones del exón 19, mutaciones L858R del exón 21 o mutación T790M con progresión durante o después de una terapia con TKI de EGFR (p. ej., Tarceva, Iressa o Gilotrif).

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

TALZENNA

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Documentación de enfermedad negativa en relación con el receptor del factor de crecimiento epidérmico humano tipo 2 (HER2). Mutaciones en los genes BRCA según lo detectado por una prueba aprobada por la FDA.

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

TARCEVA

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS: Documentación de mutaciones del EGFR por eliminación del exón 19 o sustitución del exón 21 (L858R), según lo detectado por una prueba aprobada por la FDA.

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

CÁNCER DE PÁNCREAS: Recetado en combinación con gemcitabina.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

TASIGNA

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

Criterios de Exclusión:

Afiliados con hipocalemia, hipomagnesemia o síndrome del QT largo.

Información Médica Requerida:

LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA, LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA: Documentación de que el afiliado tiene enfermedad del cromosoma Filadelfia positivo.

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA, LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA: Recetado por un oncólogo o un hematólogo, o bien, en consulta con éstos. TUMOR GASTROINTESTINAL ESTROMAL: Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

TUMOR GASTROINTESTINAL ESTROMAL: Falta de eficacia con uno de los siguientes medicamentos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: imatinib, Sutent o Stivarga.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

TAVALISSE

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Falta de eficacia con un corticosteroide (p. ej., prednisona, metilprednisolona o dexametasona), a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

TECENTRIQ

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS: Si existe una aberración genómica conocida del tumor en el receptor del factor de crecimiento epidérmico (EGFR) o en la cinasa de linfoma anaplásico (ALK), entonces para la enfermedad ALK+: prueba anterior con Xalkori, Alecensa o Zykadia, O BIEN, para la enfermedad EGFR+: prueba anterior con Tarceva, Gilotrif o Iressa. CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULAS PEQUEÑAS: Recetado en combinación con carboplatin y etoposide.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

TECFIDERA

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un neurólogo o en consulta con éste.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

TENEX

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Para pacientes de 65 años o más, se requiere autorización previa. Para pacientes de 64 años o menos, no se requiere autorización previa.

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Falta de eficacia con dos de los siguientes medicamentos, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: amlodipina/benazepril, benazepril, benazepril/hidroclorotiazida, captopril, captopril/hidroclorotiazida, fosinopril, fosinopril/hidroclorotiazida, lisinopril, lisinopril/hidroclorotiazida, quinapril, quinapril/hidroclorotiazida, losartán, losartán/hidroclorotiazida, valsartán, valsartán/hidroclorotiazida, irbesartán, irbesartán/hidroclorotiazida, candesartán, candesartán/hidroclorotiazida, carvedilol, labetalol, acebutolol, atenolol, bisoprolol, bisoprolol/hidroclorotiazida, timolol, nadolol, propranolol, metoprolol, metoprolol/hidroclorotiazida, pindolol, nifedipina SR, amlodipina, nicardipina.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

TETRABENAZINE

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

TIBSOVO

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Presencia de una mutación de isocitrato deshidrogenasa-1 (IDH1) según lo detectado por una prueba aprobada por la FDA (p. ej., ensayo de IDH1 Abbott RealTime).

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un oncólogo o un hematólogo, o bien, en consulta con éstos.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Para edad menor de 60 años, la enfermedad es recurrente o refractaria después del tratamiento con un régimen de quimioterapia de primera línea (p. ej., citarabina, idarrubicina, daunorrubicina, cladribina, midostaurina).

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

TREMFYA

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un reumatólogo o un dermatólogo, o bien, en consulta con éstos.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Falta de eficacia con UNO de los siguientes medicamentos, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: metotrexato, ciclosporina o acitretina.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

TRIHEXYPHENIDYL

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Para pacientes de 65 años o más, se requiere autorización previa. Para pacientes de 64 años o menos, no se requiere autorización previa.

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Enfermedad de Parkinson/Parkinsonismo: Falta de eficacia con dos de los siguientes medicamentos, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: amantadina, levodopa/carbidopa, entacapone, pramipexol, ropinirol, selegilina.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

TYMLOS

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

La duración total de la terapia con análogos de la hormona paratiroidea o PTH (p. ej., Tymlos, Forteo) no ha excedido los 2 años.

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Falta de eficacia con un bisfosfonato (p. ej., alendronato), a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

TYSABRI

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Pacientes que tienen o han tenido leucoencefalopatía multifocal progresiva.

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

ESCLEROSIS MÚLTIPLE: Recetado por un neurólogo o en consulta con éste. ENFERMEDAD DE CROHN: Recetado por un gastroenterólogo o en consulta con éste.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

FORMAS RECURRENTE DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE: Falta de eficacia o presencia de efectos adversos clínicamente significativos con uno de los siguientes: Aubagio, Tecfidera, Gilenya, Avonex, Betaseron, Plegridy, Copaxone, Glatopa, Extavia o Rebif. ENFERMEDAD DE CROHN: Falta de eficacia o presencia de efectos adversos clínicamente significativos con Humira o Remicade.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

UPTRAVI

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

VALCHLOR

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Falta de eficacia con una de las siguientes terapias dirigidas a la piel, a menos que esté contraindicada o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: corticoesteroides tópicos (p. ej., betamethasone, clobetasol), retinoide tópico (p. ej., Targretin, Avage, Fabior, Tazorac), imiquimod tópico (Aldara).

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

VANCOCIN

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

Diarrea por C. Diff: 14 días. Enterocolitis por Staph: 10 días. C. Diff Recurrente: 12 semanas.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

VENCLEXTA

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Leucemia Mieloide Aguda (por sus siglas en inglés, AML): Edad de 60 años o más, O BIEN, la justificación médica respalda una incapacidad para usar quimioterapia de inducción intensiva. Se receta en combinación con azacitidina, decitabina o citarabina de baja dosis.

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un oncólogo o un hematólogo, o bien, en consulta con éstos.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA (POR SUS SIGLAS EN INGLÉS, CLL)/LINFOMA LINFOCÍTICO PEQUEÑO (POR SUS SIGLAS EN INGLÉS, SLL), LINFOMA DE CÉLULAS DEL MANTO: Falta de eficacia con al menos una terapia previa (p. ej., para CLL/SLL Imbruvica, Campath o metilprednisolona de alta dosis con Rituxan, para el linfoma de células del manto, un régimen a base de Rituxan), a menos que esté contraindicada o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

VERSACLOZ

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de otro modo de la Parte D. Trastorno psicótico asociado con la enfermedad de Parkinson.

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Falta de eficacia con clozapina (Clozaril) o FazaClo, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

VERZENIO

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Cáncer de seno positivo para receptores hormonales (HR), negativo para el receptor del factor de crecimiento epidérmico humano tipo 2 (HER2), avanzado o metastásico.

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Para los hombres que recibe un inhibidor de la aromatasa: Recibirán tratamiento concomitante para la supresión de esteroidogénesis testicular (p. ej., agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina).

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

VIBERZI

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Falta de eficacia con loperamida, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos Y Para afiliados de 64 años o menos, falta de eficacia con difenoxilato-atropina (Lomotil) o dicitlomina, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

VINBLASTINE

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Documentación de que vinblastina se usa como terapia paliativa.

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un oncólogo o un hematólogo, o bien, en consulta con éstos.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

VINCRISTINE

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

Criterios de Exclusión:

Pacientes con la forma desmielinizante del síndrome de Charcot-Marie-Tooth.

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un oncólogo o un hematólogo, o bien, en consulta con éstos.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

VITRAKVI

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

Criterios de Exclusión:

Mutación de resistencia al receptor de tropomiosina quinasa adquirida conocida.

Información Médica Requerida:

Documentación de mutación positiva de fusión del gen receptor de tirosina quinasa neurotrófico.

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

La enfermedad ha progresado después de un tratamiento estándar de primera línea, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos, o bien, que no haya un tratamiento alternativo disponible.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

VIZIMPRO

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Documentación de mutaciones del EGFR por eliminación del exón 19 o sustitución del exón 21 (L858R), según lo detectado por una prueba aprobada por la FDA.

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

VOSEVI

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Si el paciente presenta cirrosis, confirmación del estado de Child-Pugh A. Consulte el documento "Recommendations for Testing, Managing, and Treating Hepatitis C" (Recomendaciones para Pruebas, Control y Tratamiento de la Hepatitis C) de AASLD-IDS A, disponible en <http://www.hcvguidelines.org> para conocer el régimen de medicamentos y la duración del tratamiento según el genotipo, el estado del tratamiento, los regímenes de medicamentos anteriores usados, el historial médico pasado y las comorbilidades.

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un gastroenterólogo, un hepatólogo o un especialista en enfermedades infecciosas, o bien, en consulta con éstos.

Duración de la Cobertura:

12 semanas.

Otros Criterios:

Si tiene HCV genotipo 1, 2, 3, 4, 5 o 6, el afiliado ha sido tratado anteriormente con un régimen de HCV que contenía uno de los siguientes inhibidores de la NS5A: daclatasvir, elbasvir, ledipasvir, ombitasvir o velpatasvir. Alternativamente, si el genotipo de HCV es 1a o 3, el afiliado ha sido tratado anteriormente con un régimen de HCV que contenía sofosbuvir.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

VOTRIENT

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

VRAYLAR

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Falta de eficacia con DOS de los siguientes antipsicóticos atípicos, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: aripiprazol, ziprasidona, quetiapina, olanzapina, risperidona.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

XALKORI

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS: Documentación de enfermedad positiva en relación con ALK, ROS1, o MET. TUMOR MIOFIBROBLÁSTICO INFLAMATORIO, LINFOMA ANAPLÁSTICO DE CÉLULAS GRANDES: Documentación de enfermedad positiva en relación con ALK.

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

XATMEP

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Menores de 18 años.

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un oncólogo o un hematólogo (para la leucemia linfoblástica aguda) o por un reumatólogo (para la artritis idiopática juvenil poliarticular), o en consulta con éstos.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Justificación médica respecto de por qué el afiliado no puede usar metotrexato (tabletas).

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

XELJANZ

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

ARTRITIS REUMATOIDEA: Recetado por un reumatólogo o en consulta con éste. ARTRITIS PSORIÁSICA: Recetado por un reumatólogo o un dermatólogo, o bien, en consulta con éstos. COLITIS ULCEROSA (único liberación inmediata): Recetado por un gastroenterólogo o en consulta con éste.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

ARTRITIS REUMATOIDEA: Falta de eficacia con uno de los siguientes medicamentos, a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: metotrexato, sulfasalazina, hidroxicloroquina, d-penicilamina, azatioprina o auranofina. ARTRITIS PSORIÁSICA: Falta de eficacia con metotrexato, a menos que haya una enfermedad predominantemente axial, esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

XEOMIN

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

XERMELO

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Recetado en combinación con un análogo de somatostatina (p. ej., octreotida, lanreotida), a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Falta de eficacia con una prueba de un análogo de somatostatina (p. ej., octreotida, lanreotida), a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

XOLAIR

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

ASMA: Prueba cutánea o reactividad in vitro positiva a un aeroalérgeno perenne Y niveles de inmunoglobulina E (IgE) mayor o igual a 30 UI/ml.

Restricciones de Edad:

ASMA: 6 años de edad o más. URTICARIA IDIOPÁTICA CRÓNICA: 12 años de edad o más.

Restricciones de la Persona que Receta:

ASMA: Recetado por un neumólogo, un inmunólogo o un alergista, o bien, en consulta con éstos. URTICARIA IDIOPÁTICA CRÓNICA: Recetado por un alergista, un dermatólogo o un inmunólogo, o bien, en consulta con éstos.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

ASMA: Falta de eficacia con un corticoesteroide inhalado (p. ej., beclometasona, budesonida, flunisolida, fluticasona, mometasona, ciclesonida), a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos. URTICARIA IDIOPÁTICA CRÓNICA: Falta de eficacia con un Antihistamínico H1 (p. ej., levocetirizina o desloratadina), a menos que esté contraindicado o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

XOSPATA

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Documentación de mutacione del FLT3.

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un oncólogo o un hematólogo, o bien, en consulta con éstos.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

XTANDI

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un oncólogo o un urólogo, o bien, en consulta con éste.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

YERVOY

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de otro modo de la Parte D. Cáncer de pulmón de células pequeñas.

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULAS PEQUEÑAS: Falta de eficacia con un régimen que contiene platino (p. ej., régimen que contiene cisplatino o carboplatino). CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULAS PEQUEÑAS, CARCINOMA DE CÉLULAS RENALES: Recetado en combinación con Opdivo.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

YONSA

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un oncólogo o un urólogo, o bien, en consulta con éstos.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Recetado en combinación con metilprednisolona. El afiliado anteriormente se ha sometido a una orquiectomía bilateral, ha probado con una terapia de deprivación de andrógenos (por sus siglas en inglés, ADT) sin obtener resultados satisfactorios o usará ADT simultáneamente con Yonsa.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

ZALTRAP

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Recetado en combinación con irinotecán o FOLFIRI (5-fluorouracil, leucovorina e irinotecán). Tratamiento previo con uno de los siguientes: un régimen con oxaliplatino (p. ej., FOLFIRI, FOLFOX [leucovorina, 5-fluorouracil, oxaliplatino], CapeOX [capecitabine, oxaliplatino]) O un régimen con 5-fluorouracil y leucovorina O un régimen con capecitabine.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

ZARXIO

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de otro modo de la Parte D. Síndrome mielodisplásico. Neutropenia en pacientes con VIH/SIDA. Síndrome hematopoyético del síndrome de irradiación aguda.

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

ZEJULA

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Completó dos o más regímenes de quimioterapia basada en el platino y responde de manera total o parcial.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

ZELBORAF

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

Criterios de Exclusión:

Pacientes con enfermedad BRAF de tipo natural.

Información Médica Requerida:

MELANOMA, CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS, ENFERMEDAD DE ERDHEIM-CHESTER: Enfermedad positiva en relación con la mutación de BRAF V600E, según lo detectado por una prueba aprobada por la FDA.

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un oncólogo o un hematólogo, o bien, en consulta con éstos.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS: Falta de eficacia con Tafinlar o Mekinist, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos. CARCINOMA DE TIROIDES: Falta de eficacia con Lenvima or Nexavar, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

ZEPATIER

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Si el paciente presenta cirrosis, confirmación del estado de Child-Pugh A. Para el genotipo 1a, documentación de la presencia o ausencia de polimorfismos asociados a la resistencia a la NS5A. Consulte el documento "Recommendations for Testing, Managing, and Treating Hepatitis C" (Recomendaciones para Pruebas, Control y Tratamiento de la Hepatitis C) de AASLD-IDSAs, disponible en <http://www.hcvguidelines.org> para conocer el régimen de medicamentos y la duración del tratamiento según el genotipo, el estado del tratamiento, los regímenes de medicamentos anteriores usados, el historial médico pasado y las comorbilidades.

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un gastroenterólogo, un hepatólogo o un especialista en enfermedades infecciosas, o bien, en consulta con éstos.

Duración de la Cobertura:

De 12 a 16 semanas según el genotipo, la presencia de polimorfismos asociados a la resistencia a la NS5A y el tratamiento previo.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

ZINPLAVA

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Documentación de prueba positiva de Clostridium difficile.

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

4 semanas.

Otros Criterios:

Recibirá o está recibiendo actualmente un tratamiento con medicamentos antibacterianos para la infección por Clostridium difficile (p. ej., metronidazol, vancomicina, fidaxomicina) de manera concomitante con Zinplava. Ha recibido el tratamiento adecuado para los episodios anteriores de recurrencia de infección por Clostridium difficile (por sus siglas en inglés, CDI), incluyendo un régimen intermitente de vancomicina.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

ZOLPIDEM

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Para pacientes de 65 años o más, se requiere autorización previa. Para pacientes de 64 años o menos, no se requiere autorización previa.

Restricciones de la Persona que Receta:

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Falta de eficacia con dos de los siguientes medicamentos, a menos que estén contraindicados o se experimenten efectos adversos clínicamente significativos: Rozerem, Silenor 6 mg/día o menos, trazodona o temazepam.

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

ZYDELIG

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un hematólogo o un oncólogo, o bien, en consulta con éstos.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

ZYKADIA

Usos Cubiertos:

Todas las indicaciones médicamente aceptadas no excluidas de otro modo de la Parte D.

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS: Documentación de enfermedad positiva en relación con ALK o ROS1. TUMOR MIOFIBROBLÁSTICO INFLAMATORIO: Documentación de enfermedad positiva en relación con ALK.

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un oncólogo o en consulta con éste.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Protocolo de Autorización Previa

Medicare Parte D – 2019

Descripción del Grupo de Autorización Previa:

ZYTIGA

Usos Cubiertos:

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

Criterios de Exclusión:

Información Médica Requerida:

Restricciones de Edad:

Restricciones de la Persona que Receta:

Recetado por un oncólogo o un urólogo, o bien, en consulta con éste.

Duración de la Cobertura:

12 meses.

Otros Criterios:

Recetado en combinación con prednisona. El afiliado anteriormente se ha sometido a una orquiectomía bilateral, ha probado con una terapia de deprivación de andrógenos (ADT) sin obtener resultados satisfactorios o usará ADT simultáneamente con Zytiga.

ACTEMRA IV	1	CYTARABINE	48
ACTEMRA SC	2	DAKLINZA	49
ACTIQ	3	DAURISMO	50
ACYCLOVIR	4	DIPYRIDAMOLE	51
ADCIRCA	5	DISOPYRAMIDE	52
ADEMPAS	6	DOPTELET	53
AFINITOR	7	DOXEPIN	54
AIMOVIG	8	ELIDEL	55
ALECENSA	9	EMEND 40 MG	56
ALUNBRIG	10	EMFLAZA	57
AMITRIPTYLINE	11	ENBREL	58
AMITRIPTYLINE/CHLORDIAZEPOXIDE	12	ENDARI	59
AMITRIPTYLINE/PERPHENAZINE	13	ENTRESTO	60
AMPHOTERICIN B	14	ENTYVIO	61
AMPYRA	15	EPCLUSA	62
ANTI-HISTAMINES	16	EPIDIOLEX	63
ANTI-HISTAMINE COMBINATIONS	17	EPOETIN	64
ARANESP	18	ERGOLOID MESYLATES	65
AUBAGIO	19	ERLEADA	66
AUSTEDO	20	ESBRIET	67
BAXDELA	21	ESTROGENS	68
BELEODAQ	22	EXONDYS 51	69
BELSOMRA	23	FARYDAK	70
BENLYSTA	24	FASENRA	71
BENZTROPINE	25	FERRIPROX	72
BLEOMYCIN	26	FIORINAL WITH CODEINE	73
BOSULIF	27	FIRAZYR	74
BOTOX	28	FLECTOR	75
BRAFTOVI	29	FLUOROURACIL	76
BRIVIACT	30	FORTEO	77
BUTABARBITAL	31	GALAFOLD	78
C1 ESTERASE INHIBITOR	32	GANCICLOVIR	79
CABOMETYX	33	GATTEX	80
CALQUENCE	34	GILENYA	81
CAPRELSA	35	GILOTRIF	82
CAYSTON	36	GLATIRAMER	83
CERDELGA	37	GLYBURIDE	84
CEREZYME	38	GLYBURIDE/METFORMIN	85
CHLORZOXAZONE	39	GRANIX	86
CHORIONIC GONADOTROPIN	40	HARVONI	87
CINQAIR	41	HERCEPTIN	88
CLADRIBINE	42	HETLIOZ	89
CLOMIPRAMINE	43	HUMAN GROWTH HORMONE	90
COMETRIQ	44	HUMIRA	91
COPIKTRA	45	HYDROCODONE	92
COTELLIC	46	HYDROXYZINE HCL	93
CYCLOBENZAPRINE HCL	47	HYDROXYZINE HCL INJECTION	94

HYDROXYZINE PAMOATE	95	MIRVASO	142
ICLUSIG	96	MOZOBIL	143
IDHIFA	97	MULPLETA	144
ILARIS	98	NAMENDA	145
ILUMYA	99	NATPARA	146
IMATINIB	100	NERLYNX	147
IMBRUVICA	101	NEULASTA	148
IMIPRAMINE	102	NEUPOGEN	149
INDOMETHACIN	103	NINLARO	150
INFLECTRA	104	NITROFURANTOIN	151
INGREZZA	105	NORTHERA	152
INLYTA	106	NUCALA	153
INTERFERON BETA-1A	107	NUEDEXTA	154
INTERFERON BETA-1B	108	NUPLAZID	155
INTUNIV	109	OCALIVA	156
JAKAFI	110	OCREVUS	157
JUXTAPID	111	ODOMZO	158
JYNARQUE	112	OFEV	159
KADCYLA	113	OLUMIANT	160
KALYDECO	114	OPSUMIT	161
KETOROLAC TROMETHAMINE	115	ORENITRAM	162
KEVZARA	116	ORILISSA	163
KISQALI	117	ORKAMBI	164
KORLYM	118	PALYNZIQ	165
KUVAN	119	PERSERIS	166
KYNAMRO	120	PHENOBARBITAL	167
LATUDA	121	PRALUENT	168
LAZANDA	122	PREVYMIS	169
LEMTRADA	123	PROLASTIN C	170
LENVIMA	124	PROLIA	171
LEUKINE	125	PROMACTA	172
LIDODERM	126	PROTOPIC	173
LONSURF	127	PROVIGIL	174
LORBRENA	128	PURIXAN	175
LOTRONEX	129	QUALAQUIN	176
LUCEMYRA	130	RADICAVA	177
LYNPARZA CAPSULE	131	RANEXA	178
LYNPARZA TABLET	132	RAYALDEE	179
MAVYRET	133	REMICADE	180
MEGACE	134	REPATHA	181
MEGACE ES	135	RESTASIS	182
MEKINIST	136	REVATIO	183
MEKTOVI	137	REVLIMID	184
METAXALONE	138	REXULTI	185
METHAMPHETAMINE	139	RUBRACA	186
METHOCARBAMOL	140	RYDAPT	187
METHOTREXATE INJ	141	SILIQ	188

SIMPONI	189	XERMELO	236
SIMPONI ARIA	190	XOLAIR	237
SOMA	191	XOSPATA	238
SOMAVERT	192	XTANDI	239
SONATA	193	YERVOY	240
SOVALDI	194	YONSA	241
SPRITAM	195	ZALTRAP	242
SPRYCEL	196	ZARXIO	243
STIVARGA	197	ZEJULA	244
STRENSIQ	198	ZELBORAF	245
SUBSYS	199	ZEPATIER	246
SURMONTIL	200	ZINPLAVA	247
SYMDEKO	201	ZOLPIDEM	248
SYMLINPEN	202	ZYDELIG	249
SYMPAZAN	203	ZYKADIA	250
TAGRISSO	204	ZYTIGA	251
TALZENNA	205		
TARCEVA	206		
TASIGNA	207		
TAVALISSE	208		
TECENTRIQ	209		
TECFIDERA	210		
TENEX	211		
TETRABENAZINE	212		
TIBSOVO	213		
TREMFYA	214		
TRIHEXYPHENIDYL	215		
TYMLOS	216		
TYSABRI	217		
UPTRAVI	218		
VALCHLOR	219		
VANCOCIN	220		
VENCLEXTA	221		
VERSACLOZ	222		
VERZENIO	223		
VIBERZI	224		
VINBLASTINE	225		
VINCRISTINE	226		
VITRAKVI	227		
VIZIMPRO	228		
VOSEVI	229		
VOTRIENT	230		
VRAYLAR	231		
XALKORI	232		
XATMEP	233		
XELJANZ	234		
XEOMIN	235		