PRESBYTERIAN

Formulario del Presbyterian Senior Care (HMO) / MediCare PPO
Los criterios de las autorizaciones previas
Entra en vigor el 1º de noviembre de 2012

Nombre del producto	Usos que cubre el plan	Criterios de exclusión	Información médica que se requiere	Restricciones respecto a la edad	Restricciones respecto al que lo receta	Tiempo que dura la cobertura	Otros Criterios
Actiq (fentanilo transmucoso)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan por la Parte D.	Tratamiento de los dolores si no los ha producido un cáncer, de los dolores después de una operación, o de los dolores crónicos si no los ha producido un cáncer	Un diagnóstico documentado de dolores producidos por el cáncer. Y el paciente está recibiendo una terapia establecida de un opiado que tiene efecto a largo plazo y continuará la terapia con dicho opiado. Y el paciente no ha podido lograr el control de dolor avanzado con un opiado oral de efecto inmediato.			6 meses	
Adcetris (brentuximab)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan de la Parte D.		El paciente debe padecer de linfoma de *Hodgkin* y que haya fracasado un trasplante autólogo de la célula madre [*ASCT*, las siglas en inglés]. O si el paciente no era candidato para un *ASCT*, deben haber fracasado por lo menos dos regímenes previos de quimioterapia con agentes múltiples O el paciente debe padecer de linfoma anaplástica sistemática de células grandes y que haya fracasado			6 meses	

Nombre del producto	Usos que cubre el plan	Criterios de exclusión	Información médica que se requiere	Restricciones respecto a la edad	Restricciones respecto al que lo receta	Tiempo que dura la cobertura	Otros Criterios
			por lo menos un régimen previo de quimioterapia con agentes múltiples.				
Afinitor (everolimus)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan de la Parte D.		Para el cáncer renal celular: los expedientes médicos que documenten las pruebas y los fracasos de las dosis terapéuticas de *sunitinib* o *sorafenib*. Para la astrocitoma de célula enorme subependimaria: la documentación del diagnóstico indicado.			Un año	
Alimta (disodio *pemetrexed*)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan de la Parte D.		Mesotelioma pleural maligno: junto con el *cisplatin* y en los pacientes que no sean candidatos para la cirugía curativa o cuya enfermedad no sea resecable. Cáncer pulmonar que no sea escamoso ni de célula pequeña: los pacientes que padezcan de enfermedad metastática o que se haya avanzado localmente y que se utilice junto con *cisplatin* o con un agente único después de un historial previo de utilizar un agente de quimioterapia de primera línea.			Un año	
Aloxi (palonosetron)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan por la Parte D.		Para la prevención de náuseas y vómitos fuertes y atrasados correspondientes a los cursos iniciales y repetidos en los pacientes que se les trata con quimioterapia moderadamente emetogénica para el cáncer. Para la prevención de náuseas y vómitos fuertes correspondientes a los cursos iniciales y repetidos en los pacientes			6 meses	

Nombre del producto	Usos que cubre el plan	Criterios de exclusión	Información médica que se requiere	Restricciones respecto a la edad	Restricciones respecto al que lo receta	Tiempo que dura la cobertura	Otros Criterios
			que se les trata con quimioterapia altamente emetogénica para el cáncer. Documentación de las pruebas y los fracasos de las inyecciones de *ondansetron* o *granisetron.* Para la prevención de náuseas y vómitos postoperatorios [*PONV*] por un máximo de 24 horas después la cirugía, documentación de que el miembro del plan no ha podido lograr controlar las náuseas o los vómitos, o ambos, con *ondansetron* o *granisetron* intravenosos.				
Androderm (testosterona tópica)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan de la Parte D.	El plan no cubre la sustitución de la testosterona para el tratamiento de la disfunción sexual	Expedientes médicos que documenten uno de los siguientes: por lo menos dos niveles bajos de testosterona total (que se hayan extraído en días diferentes), O por lo menos dos niveles bajos de testosterona libre (que se hayan extraído en días diferentes), O un nivel bajo de testosterona total con un nivel elevado de *LH* y *FSH* O un nivel bajo de testosterona libre con un nivel elevado de *LH* y *FSH*.			Un año	
Androgel 1% (testosterona tópica)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan de la Parte D.	El plan no cubre la sustitución de la testosterona para el tratamiento de la disfunción	Expedientes médicos que documenten uno de los siguientes: por lo menos dos niveles bajos de testosterona total (que se hayan extraído en días diferentes), O por lo menos dos niveles bajos de testosterona libre (que se hayan extraído en días			Un año	

Nombre del producto	Usos que cubre el plan	Criterios de exclusión	Información médica que se requiere	Restricciones respecto a la edad	Restricciones respecto al que lo receta	Tiempo que dura la cobertura	Otros Criterios
		sexual	diferentes), O un nivel bajo de testosterona total con un nivel elevado de *LH* y *FSH* O un nivel bajo de testosterona libre con un nivel elevado de *LH* y *FSH*.				
Androgel 1.62% (testosterona tópica)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan de la Parte D.	El plan no cubre la sustitución de la testosterona para el tratamiento de la disfunción sexual	Un diagnóstico confirmado de la deficiencia de testosterona O la falta de testosterona endógena en los varones mayores de 18 años de edad con: hipogonadismo primario (congénito o adquirido) Y dos niveles bajos de testosterona total (que se hayan extraído en días diferentes) con un nivel elevado de *LH* y *FSH* O hipogonadismo hipogonado-trópico (congénito o adquirido) Y dos niveles bajos de testosterona total (que se hayan extraído en días diferentes) con un nivel bajo o un nivel de bajo a normal de *LH* y *FSH*.			Un año	
Anzemet (dolasetrón oral)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan de la Parte D.		Documentación del fracaso del tratamiento con *ondansetron* O *granisetron*.			6 meses	
Apokyn (apomorfina)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que		Se debe cumplir con todo lo siguiente: un diagnóstico documentado de la enfermedad de Parkinson E incidentes documentados de episodios de		Lo debe recetar un neurólogo	Un año	

Nombre del producto	Usos que cubre el plan	Criterios de exclusión	Información médica que se requiere	Restricciones respecto a la edad	Restricciones respecto al que lo receta	Tiempo que dura la cobertura	Otros Criterios
	no se excluyan de la Parte D del Programa *Medicare*.		hipomovilidad, episodios al terminarse el efecto de la dosis (y episodios impredecibles tanto con el efecto de la medicina como sin ella) correspondientes a la enfermedad de Parkinson avanzada Y que se utilizará como medicina complementaria junto con otros medicamentos para tratar la enfermedad de Parkinson.				
Aralast NP (inhibidor de proteinasa humana)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan de la Parte D.					6 meses	Es necesario un diagnóstico documentado a fin de determinar si el medicamento se cubre bajo los beneficios que ofrece la Parte B (médica) o la Parte D (farmacéutica) del Programa *Medicare.*
Arcalyst (rilonacept)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan de la Parte D.		Síndromes Periódicos Asociados a la Criopirina [*Cryopyrin-Associated Periodic Syndromes, CAPS*], no se utilizará junto con *Enbrel, Humira, Kineret, Orencia* o *Remicade*, Y 2. La dosis no excederá la cantidad máxima que se indica en la etiqueta de la FDA para el diagnóstico.	Pacientes de 12 años de edad en adelante.		Anual	

Nombre del producto	Usos que cubre el plan	Criterios de exclusión	Información médica que se requiere	Restricciones respecto a la edad	Restricciones respecto al que lo receta	Tiempo que dura la cobertura	Otros Criterios
Arixtra (fondaparinux)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan de la Parte D.		Expedientes médicos que documenten el fracaso de la heparina de peso molecular bajo que se encuentra en el formulario.			Una vez por un máximo de 32 días	
Arzerra (ofatumumab)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan por la Parte D.		Documentación de las pruebas y los fracasos de los medicamentos *Fludara* y *Campath*			6 meses	
Avastin (bevacizumab)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan de la Parte D.	1. Antecedentes de hemoptisis reciente o de hemorragias graves. 2. *Beva-cizumab* no se debe utilizar en los siguientes 28 días, a partir de la fecha de una cirugía mayor, o hasta que se cure completamente la incisión quirúrgica.	1. El diagnóstico e historial del paciente, 2. Las pruebas de medicamentos concurrentes o anteriores, 3. El estado *HER2* del cáncer metastático del seno.		Lo debe recetar un oncólogo o se debe recetar consultando con oncólogo.	Un año	

Nombre del producto	Usos que cubre el plan	Criterios de exclusión	Información médica que se requiere	Restricciones respecto a la edad	Restricciones respecto al que lo receta	Tiempo que dura la cobertura	Otros Criterios
Banzel (rufinamido)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan de la Parte D.		Expedientes médicos que documenten el fracaso de las dosis con fines terapéuticos de por lo menos dos medicamentos anticonvulsionantes que se encuentran en el formulario.			Un año	
Benlysta (belimumab)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan de la Parte D.					6 meses	Es necesario un diagnóstico documentado a fin de determinar si el medicamento se cubre bajo los beneficios que ofrece la Parte B (médica) o la Parte D (farmacéutica) del Programa *Medicare.*
Berinert (C1 esterase inhibitor)	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA con tal que no se excluyan por la Parte D.		Cubre el diagnóstico de angioedema hereditario (AEH) que ha sido clínicamente establecido por un alergólogo o inmunólogo.	Pacientes de 18 años de edad en adelante		6 meses	Diagnóstico de AEH necesita ser documentado por un nivel bajo de C4 y un nivel bajo de inhibidor C1 (antígeno o funcional). No se puede utilizar

Nombre del producto	Usos que cubre el plan	Criterios de exclusión	Información médica que se requiere	Restricciones respecto a la edad	Restricciones respecto al que lo receta	Tiempo que dura la cobertura	Otros Criterios
							junto con los inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina o terapia de reemplazo de estrógeno. El paciente necesita haber teniendo al menos un síntoma de ataque moderado o grave (ej. hinchazón de la cara, garganta o abdomen). Para continuar la terapia: expedientes médicos que documenten la frecuencia de los ataques agudos de AEH y la

Nombre del producto	Usos que cubre el plan	Criterios de exclusión	Información médica que se requiere	Restricciones respecto a la edad	Restricciones respecto al que lo receta	Tiempo que dura la cobertura	Otros Criterios
							respuesta del paciente a la terapia deben ser incluidos. Si el paciente esta teniendo más de un ataque agudo de AEH al mes, expedientes médicos documentando el uso de terapia profiláctica a largo plazo o la justificación clínica por no usar terapia profiláctica a largo plazo deben ser incluidos.
Botox (toxina *botulinum* de tipo A)	Todas las indicaciones aprobadas por la	Para fines cosméticos	La hiperhidrosis axilar primaria y severa: expedientes médicos que documenten el fracaso de los agentes deshidratadores, por		Migrañas: lo debe recetar un neurólogo.	Un año	

Nombre del producto	Usos que cubre el plan	Criterios de exclusión	Información médica que se requiere	Restricciones respecto a la edad	Restricciones respecto al que lo receta	Tiempo que dura la cobertura	Otros Criterios
	FDA con tal que no se excluyan de la Parte D. Distonía, parálisis cerebral, trastorno de los nervios faciales o espasmos hemifaciales, migrañas, hiperhidrosis palmar severo		ejemplo, del cloruro de aluminio tópico. Las migrañas: expedientes médicos que documenten dolores de cabeza por más de 15 días al mes Y dolores de cabeza que duren por lo menos cuatro horas al día Y el fracaso de dos terapias orales profilácticas. La hiperhidrosis palmar severa: expedientes médicos que documenten el fracaso de los agentes deshidratadores, por ejemplo, del cloruro de aluminio tópico. Incontinencia urinaria: documentación de la hiperactividad del detrusor correspondiente a una afección neurológica en los pacientes que ya hayan llevado a cabo pruebas con dos medicamentos anticolinérgicos y que hayan fracasado.				
Brilinta (ticagrelor)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan por la Parte D.		Un diagnóstico documentado del síndrome coronario agudo (angina instable, *STEMI* o no *STEMI*). Documentación del fracaso, la contraindicación o la intolerancia al clopidogrel (*Plavix*).			6 meses	
Bydureon (exenatide)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan por la Parte D.		El paciente debe haber pasado por una prueba documentada de 30 días, ya sea con *Byetta (exenatide)* o *Victoza (liraglutide)*. La hemoglobina *A1c* (en los últimos 90 días) del paciente deber estar a menos del			6 meses	

Nombre del producto	Usos que cubre el plan	Criterios de exclusión	Información médica que se requiere	Restricciones respecto a la edad	Restricciones respecto al que lo receta	Tiempo que dura la cobertura	Otros Criterios
			nueve (9) por ciento.				
Campath (alemtuzumab)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan de la Parte D.		Un diagnóstico de leucemia de célula linfocitaria y crónica [*B-CLL*].			Un año	
Campral (acamprosate)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan de la Parte D.		Un diagnóstico de dependencia de bebidas embriagantes con tal que el miembro del plan esté absteniendo al iniciar el tratamiento. Documentación proveniente de un médico que confirme que el paciente está absteniendo de las bebidas embriagantes y que esté participando en un programa de recuperación para los alcohólicos durante el curso de la terapia. Documentación de las pruebas y los fracasos con las medicinas naltrexona o *disulfiram*.			3 meses	
Caprelsa (vandetanib)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan de la Parte D.		Documentación de que el paciente padece de cáncer medular de la tiroides, ya sea sintomático o progresivo, y que el cáncer no es resecable y ha avanzado localmente o es enfermedad metastática. Documentación de los fracasos de las terapias.			6 meses	Se requiere se que consiga de una farmacia especializada.
Carimune (globulina inmunidad humana IV)	Todas las indicaciones		Documentación del diagnóstico.			Un año	

Nombre del producto	Usos que cubre el plan	Criterios de exclusión	Información médica que se requiere	Restricciones respecto a la edad	Restricciones respecto al que lo receta	Tiempo que dura la cobertura	Otros Criterios
	aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan por la Parte D.						
Cellcept (*mofetil* micofenolato)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan por la Parte D.						Es necesario un diagnóstico documentado a fin de determinar si el medicamento se cubre bajo los beneficios que ofrece la Parte B (médica) o la Parte D (farmacéutica) del Programa *Medicare.* Los medicamentos inmunosupresores que se utilizan para prevenir el rechazo de los trasplantes de órganos son un beneficio que ofrece la Parte B con tal que el Programa *Medicare* haya

Nombre del producto	Usos que cubre el plan	Criterios de exclusión	Información médica que se requiere	Restricciones respecto a la edad	Restricciones respecto al que lo receta	Tiempo que dura la cobertura	Otros Criterios
							cubierto el trasplante.
Cervarix (vacuna contra el VPH)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan de la Parte D.	Los varones		Entre las edades de 9 y 25 años.		3 dosis cada 365 días	
Cinryze (Autorización Previa)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan de la Parte D.		Expedientes médicos que documenten un diagnóstico de angioedema hereditario que requiere profilaxis.			6 meses	
(Ciclosporina) *Neoral, Sandimmune*	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan de la Parte D.						Es necesario un diagnóstico documentado a fin de determinar si el medicamento se cubre bajo los beneficios que ofrece la Parte B (médica) o la Parte D (farmacéutica) del Programa *Medicare.* Los medicamentos inmunosupresores

Nombre del producto	Usos que cubre el plan	Criterios de exclusión	Información médica que se requiere	Restricciones respecto a la edad	Restricciones respecto al que lo receta	Tiempo que dura la cobertura	Otros Criterios
							que se utilizan para prevenir el rechazo de los trasplantes de órganos son un beneficio que ofrece la Parte B con tal que el Programa *Medicare* haya cubierto el trasplante.
Daliresp	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan de la Parte D.		El paciente debe tener diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica [*COPD*, las siglas en inglés] severa con bronquitis crónica y documentación de que se haya seguido empeorando en los últimos seis meses. El paciente debe estar recibiendo dos tratamientos ordinarios para tratar la *COPD* severa (por ejemplo, beta-agonista de acción a largo plazo y anticolinérgicos tanto de acción a largo plazo como de acción a corto plazo).			6 meses	
Daunoxome (daunorubicin)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan de		Documentación del diagnóstico para el cual se indica el medicamento.			Un año	

Nombre del producto	Usos que cubre el plan	Criterios de exclusión	Información médica que se requiere	Restricciones respecto a la edad	Restricciones respecto al que lo receta	Tiempo que dura la cobertura	Otros Criterios
	la Parte D.						
Inyección de *Dexferrum* (dextrán de hierro)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan por la Parte D.		El tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro inducido por la quimioterapia documentada. O el tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro documentada en un paciente que padezca de enfermedades renales crónicas y que esté pasando por un curso de hemodiálisis crónico. O el tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro documentada en un paciente que padezca de un trastorno documentado del tracto gastrointestinal cuyos síntomas se pueden agravar a causa de la terapia de hierro oral, por ejemplo, la enfermedad de inflamación intestinal. O el tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro documentada en un paciente que padezca de intolerancia severa documentada a un producto de hierro oral o si ha fracasado el tratamiento con un producto de hierro oral después de una prueba adecuada. Se debe intentar identificar y tratar la causa fundamental de la deficiencia.			Una vez	Se cubre bajo los beneficios que ofrece la Parte B del Programa *Medicare.* La anemia por deficiencia de hierro documentada por las indicaciones que se enumeran se define como una hemoglobina <11 g/dl.
Differin (adapaleno)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que			Se requiere una excepción para los pacientes de 40 años de edad		6 meses	

Nombre del producto	Usos que cubre el plan	Criterios de exclusión	Información médica que se requiere	Restricciones respecto a la edad	Restricciones respecto al que lo receta	Tiempo que dura la cobertura	Otros Criterios
	no se excluyan de la Parte D.			en adelante.			
Dificid (fidaxomicin)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan por la Parte D.		Diagnóstico de clostridium difficile asociado a la diarrea [*CDAD*, las siglas en inglés] y documentación de las pruebas y los fracasos de la vancomicina oral.			Un mes	
Docefrez (docetaxel)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan por la Parte D.						Es necesario un diagnóstico documentado a fin de determinar si el medicamento se cubre bajo los beneficios que ofrece la Parte B (médica) o la Parte D (farmacéutica) del Programa *Medicare.*
Effient (prasugrel)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan por la Parte D.		Expedientes médicos que documenten todo lo siguiente: 1. El paciente padece de un síndrome coronario agudo (angina inestable, *NSTEMI*, o *STEMI*) y se controla con intervención coronaria percutánea. 2. Se debe proporcionar el peso del paciente. 3. El paciente no tiene un historial de derrames cerebrales ni de ataques	El paciente debe tener menos de 75 años de edad.	Cardiólogo	Un año	

Nombre del producto	Usos que cubre el plan	Criterios de exclusión	Información médica que se requiere	Restricciones respecto a la edad	Restricciones respecto al que lo receta	Tiempo que dura la cobertura	Otros Criterios
			isquémicos transitorios. 4. El paciente satisface una de las condiciones siguientes: a. Hay una alergia documentada al *Plavix* (clopidogrel). b. Hay un fracaso documentado del tratamiento con *Plavix* (clopidogrel). O c. Se considera que el paciente corre altos riesgos de padecer de trombosis *stent*.				
Emend (aprepitant oral)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan de la Parte D.		Para la prevención de náuseas y vómitos fuertes y atrasados correspondientes a los cursos iniciales y repetidos en los pacientes que se les trata con quimioterapia altamente emetogénica para el cáncer. Para la prevención de náuseas y vómitos correspondientes a los cursos iniciales y repetidos en los pacientes que se les trata con quimioterapia moderadamente emetogénica para el cáncer. El fracaso de dos agentes que se encuentran en el formulario: *ondansetron*, *granisetron* o *promethazine*. Para prevenir las náuseas y los vómitos postoperatorio [*PONV*], documentación de que el miembro del plan no ha podido lograr controlar las náuseas o los vómitos, o ambos, con *ondansetron* o *granisetron* intravenosos.			6 meses	Se puede cubrir bajo la Parte B o la Parte D del Programa *Medicare.*
Inyección de *Emend (fosaprepitant)*	Todas las indicaciones		Documentación que el paciente está recibiendo terapia en combinación con un			6 meses	Se puede cubrir bajo la Parte B o la

Nombre del producto	Usos que cubre el plan	Criterios de exclusión	Información médica que se requiere	Restricciones respecto a la edad	Restricciones respecto al que lo receta	Tiempo que dura la cobertura	Otros Criterios
	aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan de la Parte D.		antagonista *5-HT3* Y dexametasona para un régimen de quimioterapia que tiene potencial altamente emetogénico a fin de tratar el cáncer. O Documentación que el paciente está recibiendo terapia en combinación con un antagonista *5-HT3* Y dexametasona para un régimen de quimioterapia a fin de tratar el cáncer que incluye la antraciclina y la ciclofosfamida en combinación O Documentación que el paciente está recibiendo un régimen de quimioterapia que tiene potencial moderadamente emetogénico a fin de tratar el cáncer y ha fracasado la terapia antiemética con un antagonista *5-HT3* junto con la dexametasona.				Parte D del Programa *Medicare.*
Enbrel (etanercept)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan de la Parte D.		Expedientes médicos que documenten: un mínimo de tres meses de tratamiento complementario actualmente y continuado Y un análisis *PPD* (tuberculosis) negativo de la piel en los últimos seis meses y que esté al día, a partir de la fecha en que se comience la terapia. Se deben observar cuidadosamente a los pacientes con fines de detectar infecciones o si hay			Un año	

Nombre del producto	Usos que cubre el plan	Criterios de exclusión	Información médica que se requiere	Restricciones respecto a la edad	Restricciones respecto al que lo receta	Tiempo que dura la cobertura	Otros Criterios
			antecedentes de infecciones crónicas.				
Erivedge (vismodegib)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan de la Parte D.					6 meses	Se requiere se que consiga de una farmacia especializada.
Erwinaze (asparaginase erqinia chrysanthemi)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan de la Parte D.						Es necesario un diagnóstico documentado a fin de determinar si el medicamento se cubre bajo los beneficios que ofrece la Parte B (médica) o la Parte D (farmacéutica) del Programa *Medicare.*
Ethyol (amifostina)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan de la Parte D.		Documentación de que se está utilizando la amifostina para lo siguiente: la prevención de la xerostomía en los pacientes que estén pasando por un curso postoperatorio de radiaciones para tratar el cáncer en la cabeza o el cuello o para prevenir la toxicidad renal asociada con cursos repetidos de *cisplatin*.		Lo debe recetar un hematólogo o un oncólogo	6 meses	
Extavia (interferón beta-	Todas las		Expedientes médicos que documenten las		Neurólogo	Un año	

Nombre del producto	Usos que cubre el plan	Criterios de exclusión	Información médica que se requiere	Restricciones respecto a la edad	Restricciones respecto al que lo receta	Tiempo que dura la cobertura	Otros Criterios
1b)	indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan de la Parte D.		pruebas y los fracasos de las otras opciones de medicamentos que se encuentran en el formulario, *Copaxone* y *Rebif*, o si el paciente es un miembro nuevo del plan y está tomando actualmente *Extavia*.				
Firazyr (icatibant)	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA con tal que no se excluyan por la Parte D.		Cubre el diagnóstico de angioedema hereditario (AEH) que ha sido clínicamente establecido por un alergólogo o inmunólogo.	Pacientes de 18 años de edad en adelante		6 meses	Diagnóstico de AEH necesita ser documentado por un nivel bajo de C4 y un nivel bajo de inhibidor C1 (antígeno o funcional). No se puede utilizar junto con los inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina o terapia de reemplazo de estrógeno. El paciente necesita haber teniendo al menos un síntoma

Nombre del producto	Usos que cubre el plan	Criterios de exclusión	Información médica que se requiere	Restricciones respecto a la edad	Restricciones respecto al que lo receta	Tiempo que dura la cobertura	Otros Criterios
							de ataque moderado o grave (ej. hinchazón de la cara, garganta o abdomen). Para continuar la terapia: expedientes médicos que documenten la frecuencia de los ataques agudos de AEH y la respuesta del paciente a la terapia deben ser incluidos. Si el paciente esta teniendo más de un ataque agudo de AEH al mes, expedientes médicos documentando el

Nombre del producto	Usos que cubre el plan	Criterios de exclusión	Información médica que se requiere	Restricciones respecto a la edad	Restricciones respecto al que lo receta	Tiempo que dura la cobertura	Otros Criterios
							uso de terapia profiláctica a largo plazo o la justificación clínica por no usar terapia profiláctica a largo plazo deben ser incluidos.
Inyección de *Feraheme (ferumoxytol)*	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan de la Parte D.		El tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro inducido por la quimioterapia documentada. O el tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro documentada en un paciente que padezca de enfermedades renales crónicas y que esté pasando por un curso de hemodiálisis crónico. O el tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro documentada en un paciente que padezca de un trastorno documentado del tracto gastrointestinal cuyos síntomas se pueden agravar a causa de la terapia de hierro oral, por ejemplo la enfermedad de inflamación intestinal. O el tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro documentada en un paciente que			Una vez	Se cubre bajo los beneficios que ofrece la Parte B del Programa *Medicare.* La anemia por deficiencia de hierro documentada por las indicaciones que se enumeran se define como una hemoglobina <11 g/dl.

Nombre del producto	Usos que cubre el plan	Criterios de exclusión	Información médica que se requiere	Restricciones respecto a la edad	Restricciones respecto al que lo receta	Tiempo que dura la cobertura	Otros Criterios
			padezca de intolerancia severa documentada a un producto de hierro oral o si ha fracasado el tratamiento con un producto de hierro oral después de una prueba adecuada. Se debe intentar identificar y tratar la causa fundamental de la deficiencia.				
Inyección de *Ferrlecit* (gluconato férrico Na)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan de la Parte D.		El tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro inducido por la quimioterapia documentada. O el tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro documentada en un paciente que padezca de enfermedades renales crónicas y que esté pasando por un curso de hemodiálisis crónico. O el tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro documentada en un paciente que padezca de un trastorno documentado del tracto gastrointestinal cuyos síntomas se pueden agravar a causa de la terapia de hierro oral, por ejemplo la enfermedad de inflamación intestinal. O el tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro documentada en un paciente que padezca de intolerancia severa documentada a un producto de hierro oral o si ha fracasado el tratamiento con un producto de hierro oral después de una prueba adecuada. Se debe intentar			Una vez	Se cubre bajo los beneficios que ofrece la Parte B del Programa *Medicare*. La anemia por deficiencia de hierro documentada por las indicaciones que se enumeran se define como una hemoglobina <11 g/dl.

Nombre del producto	Usos que cubre el plan	Criterios de exclusión	Información médica que se requiere	Restricciones respecto a la edad	Restricciones respecto al que lo receta	Tiempo que dura la cobertura	Otros Criterios
			identificar y tratar la causa fundamental de la deficiencia.				
Forteo (teriparatido)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan de la Parte D.		El tratamiento de hombres y mujeres que padezcan de osteoporosis y que corren mayor riesgo de sufrir fracturas, y que hayan fracasado con el bisfosfonato oral o que no lo toleran y cuyos resultados de la prueba *T* es de -2.5, o menos.			Un año	
Fortesta (testosterona tópica)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan de la Parte D.	El plan no cubre la sustitución de la testosterona para el tratamiento de la disfunción sexual	Expedientes médicos que documenten uno de los siguientes: por lo menos dos niveles bajos de testosterona total (que se hayan extraído en días diferentes), O por lo menos dos niveles bajos de testosterona libre (que se hayan extraído en días diferentes), O un nivel bajo de testosterona total con un nivel elevado de *LH* y *FSH* O un nivel bajo de testosterona libre con un nivel elevado de *LH* y *FSH*.			Un año	
Gamastan S/D (globulina IM de inmunidad humana)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan por la Parte D.		Expedientes médicos que documenten un diagnóstico. Para la deficiencia de inmunoglobulina: el paciente debe sufrir reacciones a las infusiones con *IVIG* o la inhabilidad de obtener acceso intravenoso.			Un año	
Gammagard líquido (globulina IV de inmunidad humana)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que		Un diagnóstico documentado			Un año	

Nombre del producto	Usos que cubre el plan	Criterios de exclusión	Información médica que se requiere	Restricciones respecto a la edad	Restricciones respecto al que lo receta	Tiempo que dura la cobertura	Otros Criterios
	no se excluyan por la Parte D.						
Gamunex (globulina IV de inmunidad humana)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan por la Parte D.		Un diagnóstico documentado			Un año	
Gardasil (vacuna contra el VPH)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan por la Parte D.			De 9 a 26 años de edad.		Una serie de 3 inyecciones (un año)	
Gralise (gabapentin)	All FDA-approved indications not otherwise excluded from Part D		Claim history of gabapentin immediate release.			6 months	
Inyección de granisetrón *(Kytril)*	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan de la Parte D.					6 meses	Se puede cubrir bajo la Parte B o la Parte D del Programa *Medicare.*
Granisetrón oral *(Kytril)*	Todas las					6 meses	Se puede cubrir

Nombre del producto	Usos que cubre el plan	Criterios de exclusión	Información médica que se requiere	Restricciones respecto a la edad	Restricciones respecto al que lo receta	Tiempo que dura la cobertura	Otros Criterios
	indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan de la Parte D.						bajo la Parte B o la Parte D del Programa *Medicare*.
Hizentra (globulina SQ de inmunidad humana)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan por la Parte D.		Expedientes médicos que documenten un diagnóstico. El paciente debe sufrir reacciones a las infusiones con *IVIG* o la inhabilidad de obtener acceso intravenoso.			Un año	
Humira (adalimumab)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan de la Parte D.		Expedientes médicos que documenten: un mínimo de tres meses de tratamiento complementario actualmente y continuado Y un análisis *PPD* (tuberculosis) negativo de la piel en los últimos seis meses y que esté al día, a partir de la fecha en que se comience la terapia. Se deben observar cuidadosamente a los pacientes con fines de detectar infecciones o si hay antecedentes de infecciones crónicas.			Un año	
Ilaris (canakinumab)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan de la Parte D.					6 meses	Es necesario un diagnóstico documentado a fin de determinar si el medicamento se cubre bajo los beneficios que

Nombre del producto	Usos que cubre el plan	Criterios de exclusión	Información médica que se requiere	Restricciones respecto a la edad	Restricciones respecto al que lo receta	Tiempo que dura la cobertura	Otros Criterios
							ofrece la Parte B (médica) o la Parte D (farmacéutica) del Programa *Medicare.*
Imuran (azatioprina)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan de la Parte D.					Un año	Es necesario un diagnóstico documentado a fin de determinar si el medicamento se cubre bajo los beneficios que ofrece la Parte B (médica) o la Parte D (farmacéutica) del Programa *Medicare.* Los medicamentos inmunosupresores que se utilizan para prevenir el rechazo de los trasplantes de órganos son un beneficio que ofrece la Parte B con tal que el Programa

Nombre del producto	Usos que cubre el plan	Criterios de exclusión	Información médica que se requiere	Restricciones respecto a la edad	Restricciones respecto al que lo receta	Tiempo que dura la cobertura	Otros Criterios
							Medicare haya cubierto el trasplante.
Incivek (telaprevir)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan de la Parte D.	No se aprobará para los pacientes que padezcan de deterioro hepático, ya sea moderado o severo, (*Child-Pugh B* o *C*) ni para los pacientes que padezcan de enfermedad del hígado descompensada.	Documentación de la hepatitis C crónica de genotipo 1, Y se debe utilizar junto con el peginterferón alfa y la ribavirina, Y que no se haya tratado previamente con *boceprevir* o *telaprovir*.	De 18 años de edad en adelante		12 semanas	
Increlex (mecasermin)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan de la Parte D.	Las formas secundarias de la deficiencia de *IGF-1* (factor de crecimiento parecido a la insulina). Un tratamiento junto con la hormona de	Debe contar con documentación de la deficiencia de *IGF-1* fundamental y severa o la supresión del gene de la hormona de crecimiento (HC) con anticuerpos que neutralizan la HC. Un resultado de desviación normal de la estatura de menos tres o un número menor Y un resultado de desviación normal de *IGF-1* basal de menos tres o un número menor, Y niveles de hormonas de crecimiento normales o	De 2 a 18 años de edad.		Un año	

Nombre del producto	Usos que cubre el plan	Criterios de exclusión	Información médica que se requiere	Restricciones respecto a la edad	Restricciones respecto al que lo receta	Tiempo que dura la cobertura	Otros Criterios
		crecimiento.	elevados Y una estatura de adulto que se pronostica a más de 1.5 desviaciones de lo normal menos de la estatura parenteral mediana y una tasa de crecimiento menos de siete centímetros por año si es de tres años de edad o más joven y menos de cinco centímetros por año si es de tres años de edad o mayor Y se muestra una epífisis abierta en una radiografía ósea.				
Inyección *INFeD* (dextrán de hierro)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan de la Parte D.		El tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro inducido por la quimioterapia documentada. O el tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro documentada en un paciente que padezca de enfermedad renal crónica y que esté pasando por un curso de hemodiálisis crónico. O el tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro documentada en un paciente que padezca de un trastorno documentado del tracto gastrointestinal, cuyos síntomas se pueden agravar a causa de la terapia de hierro oral, por ejemplo la enfermedad de inflamación intestinal. O el tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro documentada en un paciente que padezca de intolerancia severa documentada a un producto de hierro oral o si ha fracasado el tratamiento con un			Una vez	Se cubre bajo los beneficios que ofrece la Parte B del Programa *Medicare*. La anemia por deficiencia de hierro documentada por las indicaciones que se enumeran se define como una hemoglobina <11 g/dl.

Nombre del producto	Usos que cubre el plan	Criterios de exclusión	Información médica que se requiere	Restricciones respecto a la edad	Restricciones respecto al que lo receta	Tiempo que dura la cobertura	Otros Criterios
			producto de hierro oral después de una prueba adecuada. Se debe intentar identificar y tratar la causa fundamental de la deficiencia.				
Inlyta (axitinib)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan de la Parte D.					6 meses	Se requiere se que consiga de una farmacia especializada.
Jakafi (ruxolitinib)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan de la Parte D.					6 meses	
Kalbitor (ecallantide)	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA con tal que no se excluyan por la Parte D.		Cubre el diagnóstico de angioedema hereditario (AEH) que ha sido clínicamente establecido por un alergólogo o inmunólogo.	Pacientes de 18 años de edad en adelante		6 meses	Diagnóstico de AEH necesita ser documentado por un nivel bajo de C4 y un nivel bajo de inhibidor C1 (antígeno o funcional). No se puede utilizar junto con los

Nombre del producto	Usos que cubre el plan	Criterios de exclusión	Información médica que se requiere	Restricciones respecto a la edad	Restricciones respecto al que lo receta	Tiempo que dura la cobertura	Otros Criterios
							inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina o terapia de reemplazo de estrógeno. El paciente necesita haber teniendo al menos un síntoma de ataque moderado o grave (ej. hinchazón de la cara, garganta o abdomen). Para continuar la terapia: expedientes médicos que documenten la frecuencia de los ataques agudos de AEH y la respuesta del

Nombre del producto	Usos que cubre el plan	Criterios de exclusión	Información médica que se requiere	Restricciones respecto a la edad	Restricciones respecto al que lo receta	Tiempo que dura la cobertura	Otros Criterios
							paciente a la terapia deben ser incluidos. Si el paciente esta teniendo más de un ataque agudo de AEH al mes, expedientes médicos documentando el uso de terapia profiláctica a largo plazo o la justificación clínica por no usar terapia profiláctica a largo plazo deben ser incluidos.
Kuvan (sapropterin)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan de		Un diagnóstico de hiperfenilalaninemia producida por la fenilcetonuria que responde a la tetrahidrobiopterina-(*BH4*): Autorizaciones iniciales: 1. Documentación que muestre un nivel bajo	Pacientes de 4 años de edad en adelante.		Autorización inicial y titulación a fin de lograr una reacción	

Nombre del producto	Usos que cubre el plan	Criterios de exclusión	Información médica que se requiere	Restricciones respecto a la edad	Restricciones respecto al que lo receta	Tiempo que dura la cobertura	Otros Criterios
	la Parte D.		de punto de referencia de la fenilalanina (*Phe*) (el nivel inmediatamente previo a la solicitud del *Kuvan*) Y 2. Documentación del nivel de fenilalanina en la sangre indicado para el paciente Y 3. El paciente está tomando una dieta restringida con respecto a la fenilalanina mientras toma el *Kuvan*, 4. La dosis no excede la cantidad máxima que se indica en la etiqueta de la FDA para el diagnóstico. Para la autorización de nuevo: 1. El nivel de fenilalanina recientemente está dentro de los límites de la meta indicada Y 2. El paciente sigue tomando una dieta restringida con respecto a la fenilalanina.			terapéutica: un mes. Se puede autorizar de nuevo para fines de la terapia estable: 3 meses.	
Kyprolis (carfilzomib)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan de la Parte D.					6 meses	
Leukine (sargramostima)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan de la Parte D.	Si se utiliza junto con *Neulasta* o *Neupogen*	Documentación de neutropenia, quimioterapia después de haber padecido de leucemia mieloide aguda. Documentación de los fracasos con *Neupogen* cuando se utiliza para la movilización de las células progenitoras sanguíneas periféricas [*PBPC*], la			6 meses	

Nombre del producto	Usos que cubre el plan	Criterios de exclusión	Información médica que se requiere	Restricciones respecto a la edad	Restricciones respecto al que lo receta	Tiempo que dura la cobertura	Otros Criterios
			neutropenia después de un trasplante de *PBPC*, la *neutropenia* después de un curso de quimioterapia y la *neutropenia* después del trasplante de la médula ósea.				
Lidoderm (parche tópico de lidocaína)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan por la Parte D.					3 meses	
Lumizyme (alglucosidase alft)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan de la Parte D.					6 meses	Es necesario un diagnóstico documentado a fin de determinar si el medicamento se cubre bajo los beneficios que ofrece la Parte B (médica) o la Parte D (farmacéutica) del Programa *Medicare.*
Lunesta (eszopiclone)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan de la Parte D.		Documentación de las pruebas y los fracasos de las pastillas orales *zolpidem* de efecto inmediato o la intolerancia al *zolpidem* de efecto inmediato o una contraindicación con respecto al mismo.			Un año	

Nombre del producto	Usos que cubre el plan	Criterios de exclusión	Información médica que se requiere	Restricciones respecto a la edad	Restricciones respecto al que lo receta	Tiempo que dura la cobertura	Otros Criterios
Lyrica (pregabalin)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan de la Parte D.		Para los ataques de convulsiones: expedientes médicos que documenten el fracaso de las dosis con fines terapéuticos de por lo menos dos medicamentos anticonvulsionantes que se indiquen para el tratamiento de los ataques parciales de convulsiones, incluso la carbamacepina, gabapentina, lamotrigina, *levetiracetam*, oxcarbazepina, topiramato o zonisamida. Para los dolores neuropáticos y la neuralgia posherpética: expedientes médicos que documenten el fracaso de las dosis con fines terapéuticos de por lo menos dos de las opciones siguientes que se favorecen: los medicamentos antidepresivos tricíclicos, los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina [*SSRI*], los inhibidores de norepinefrina de recaptación de serotonina [*SNRI*], gabapentina, lamotrigina, *Depakote* o carbamacepina. Para la fibromialgia: expedientes médicos que documenten el fracaso de medicamentos antidepresivos tricíclicos y de la gabapentina.			Un año	
Marinol (dronabinol)	Todas las indicaciones aprobadas por la		Las náuseas y los vómitos asociados con la quimioterapia para tratar el cáncer [*CINV*]. El paciente está recibiendo quimioterapia			6 meses	Se puede cubrir bajo la Parte B o la Parte D del

Nombre del producto	Usos que cubre el plan	Criterios de exclusión	Información médica que se requiere	Restricciones respecto a la edad	Restricciones respecto al que lo receta	Tiempo que dura la cobertura	Otros Criterios
	FDA con tal que no se excluyan de la Parte D.		para tratar el cáncer y ha fracasado un antagonista *5-HT3* Y uno de los siguientes: los corticoesteroides, las antihistaminas o los medicamentos antisicóticos o procinéticos. Para el tratamiento de la anorexia asociada con la pérdida de peso en los pacientes que padezcan del VIH/SIDA: documentación de las pruebas y los fracasos de la suspensión oral *Megestrol* o intolerancia a la misma o la contraindicación con respecto a ese medicamento.				Programa *Medicare.*
Multaq (dronedarone)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan por la Parte D.		La fibrilación atrial persistente o paroxismal o el aleteo atrial persistente o paroxismal. El miembro del plan no padece de insuficiencia cardíaca de Clase IV ni de insuficiencia cardíaca de Clase II o III con descompensación reciente.			Un año	
Myfortic (ácido micofenólico)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan por la Parte D.					Un año	Es necesario un diagnóstico documentado a fin de determinar si el medicamento se cubre bajo los beneficios que ofrece la Parte B (médica) o la Parte D (farmacéutica)

Nombre del producto	Usos que cubre el plan	Criterios de exclusión	Información médica que se requiere	Restricciones respecto a la edad	Restricciones respecto al que lo receta	Tiempo que dura la cobertura	Otros Criterios
							del Programa *Medicare.* Los medicamentos inmunosupresores que se utilizan para prevenir el rechazo de los trasplantes de órganos son un beneficio que ofrece la Parte B con tal que el Programa *Medicare* haya cubierto el trasplante.
Neulasta (pegfilgrastim)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan por la Parte D.					Depende del diagnóstico	Es necesario un diagnóstico documentado a fin de determinar si el medicamento se cubre bajo los beneficios que ofrece la Parte B (médica) o la Parte D (farmacéutica) del Programa *Medicare.*

Nombre del producto	Usos que cubre el plan	Criterios de exclusión	Información médica que se requiere	Restricciones respecto a la edad	Restricciones respecto al que lo receta	Tiempo que dura la cobertura	Otros Criterios
Neumega (oprelvekin)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan de la Parte D.		La trombocitopenia después de un curso de quimioterapia mieloablativa. 1. Verificación de que cáncer es una malignidad no mieloide Y 2. Una cuenta de plaquetas sanguíneas de menos de 30,000 células por cada microlitro 3. La dosis no excede la cantidad máxima que se indica en la etiqueta de la FDA para el diagnóstico.			Autorización inicial: un máximo de 21 días por cada curso. Se puede autorizar de nuevo: un máximo de 6 meses.	
Neupogen (filgrastim)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan por la Parte D.					Depende del diagnóstico	
Norditropin (hormona del crecimiento)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan de la Parte D. Deficiencias de las hormonas de crecimiento [*GHD*] en los niños, baja estatura idiopática [*ISS*], pequeño		*GHD* (en los niños), *ISS, TS, NS, PWS, GRCRF*: una estatura de punto de referencia de dos puntos de desviación normal, o menos, debajo del término medio de estatura o en el tercer percentil, o menos, indicado para la edad o el sexo. Una tasa de crecimiento menos de siete centímetros por año si es de tres años de edad o más joven y menos de cuatro centímetros por año si es de tres años de edad o mayor. La radiografía ósea muestra más de dos años de atraso con respecto a la edad cronológica. No se han cerrado las		*GHD* (menor de edad), *ISS, SGA, TS, NS, PWS, AOGHD, COGHD*: las debe recetar un endocrinólogo. *GRCRF*: las debe recetar un nefrólogo	Un año	

Nombre del producto	Usos que cubre el plan	Criterios de exclusión	Información médica que se requiere	Restricciones respecto a la edad	Restricciones respecto al que lo receta	Tiempo que dura la cobertura	Otros Criterios
	para la edad gestacional o retraso del crecimiento intrauterino [*SGA*], Síndrome de *Prader-Willi* [*PWS*], Síndrome de *Turner* [*TS*], Síndrome de *Noonan* [*NS*], retraso del crecimiento asociado a la insuficiencia renal crónica [*GRCRF*], deficiencias de las hormonas de crecimiento en los adultos [*AOGHD*], deficiencias de las hormonas de crecimiento en la niñez [*COGHD*], pérdida total de la densidad de la		epífisis. Un diagnóstico de *GHD* (en los niños): una reacción subnormal a dos pruebas de estimulación provocativa (de 10 ng/ml, o menos). Para los diagnósticos de *ISS*: una estatura de adulto que se pronostica a menos de 63 pulgadas para los varones y 59 pulgadas para las hembras, y la ausencia de afecciones comórbidas que se deben tratar por otros medios. *SGA*: un diagnóstico confirmado por un peso al nacer de 2500g menos que el de la gestación de más de 37 semanas o una longitud o un peso al nacer menos del tercer percentil para la edad gestacional y que no se hayan puesto a lo normal al cumplir dos años de edad. Una estatura de punto de referencia de dos puntos de desviación normal, o menos, debajo del término medio de estatura o en el tercer percentil, o menos, indicada para la edad o el sexo. Un paciente de dos años de edad en adelante. *AOGHD*: deficiencias hormonales múltiples (hipopituitarismo) producido por enfermedades pituitarias o hipotalámicas, cirugías, terapias de radiaciones o traumas. Suero *IGF-I* bajo. *COGHD*: un diagnóstico clínico de *GHD* cuando es niño o adolescente. Una				

Nombre del producto	Usos que cubre el plan	Criterios de exclusión	Información médica que se requiere	Restricciones respecto a la edad	Restricciones respecto al que lo receta	Tiempo que dura la cobertura	Otros Criterios
	piel a causa de las quemaduras de tercer grado.		reacción subnormal a dos pruebas provocativas (de 10 ng/ml, o menos) después de un plazo de tiempo para eliminar las hormonas de crecimiento (de uno a tres meses). Por un diagnóstico de *PWS:* sólo pruebas genéticas. Para la autorización de nuevo del *AOGHD, COGHD*: el *IGF-I* está dentro de los límites normales para la edad o el sexo. Para la autorización de nuevo del *GHD* (en los niños), *ISS, SGA, TS, NS, PWS, GRCRF*: un aumento en la velocidad del crecimiento de por lo menos dos centímetros al año durante el año anterior. No se han cerrado las epífisis. No es después de un trasplante renal para los pacientes que padecen de insuficiencia renal crónica. Las pruebas de estimulación provocativa pueden abarcar la arginina, la clonidina, el glucagón, la insulina y la levodopa. Un diagnóstico de quemaduras de tercer grado con la pérdida total de la densidad de la piel.				
Noxafil (posaconazole)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan		Documentación del diagnóstico para el cual se indica el medicamento.			Un año	

Nombre del producto	Usos que cubre el plan	Criterios de exclusión	Información médica que se requiere	Restricciones respecto a la edad	Restricciones respecto al que lo receta	Tiempo que dura la cobertura	Otros Criterios
	por la Parte D.						
Nulojix (belatacept)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan de la Parte D.					6 meses	Es necesario un diagnóstico documentado a fin de determinar si el medicamento se cubre bajo los beneficios que ofrece la Parte B (médica) o la Parte D (farmacéutica) del Programa *Medicare.*
Orencia (abatacept)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan de la Parte D.		Documentación de las pruebas y los fracasos de los medicamentos *Remicade (infliximab)* y *Humira (adalimumab).* El paciente debe tener un análisis *PPD* (tuberculosis) negativo de la piel que esté al día.			Un año	Se deben observar cuidadosamente los pacientes con fines de detectar infecciones o si hay antecedentes de infecciones crónicas.
Perjeta (pertuzumab)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan de la Parte D.		En combinación con trastuzumab y docetaxel para el tratamiento de HER2-positivo cáncer de mama metastásico en pacientes que no hayan recibido antes de la terapia anti-HER2 o quimioterapia para la			6 meses	Uso de una farmacia de especialidad se requiere

Nombre del producto	Usos que cubre el plan	Criterios de exclusión	Información médica que se requiere	Restricciones respecto a la edad	Restricciones respecto al que lo receta	Tiempo que dura la cobertura	Otros Criterios
			enfermedad metastásica.				
Potiga (ezogabina)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan por la Parte D.		Se debe haber diagnosticado al paciente con ataques de convulsiones de inicio parcial y debe tener antecedentes de haber probado dos (2) medicamentos que sean indicados para tratar los ataques de convulsiones de inicio parcial.			6 meses	
Pristiq (desvenlafaxine)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan por la Parte D.		Documentación de las pruebas y los fracasos del medicamento *Effexor XR (velafaxine ER)* a una dosis con fines terapéuticos.			Un año	
Privigen (globulina IV de inmunidad humana)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan por la Parte D.		Un diagnóstico documentado.			Un año	
Procrit (epoetina alfa)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan					3 meses	Es necesario un diagnóstico documentado a fin de determinar si el medicamento se

Nombre del producto	Usos que cubre el plan	Criterios de exclusión	Información médica que se requiere	Restricciones respecto a la edad	Restricciones respecto al que lo receta	Tiempo que dura la cobertura	Otros Criterios
	por la Parte D.						cubre bajo los beneficios que ofrece la Parte B (médica) o la Parte D (farmacéutica) del Programa *Medicare.*
Prograf (tacrólimo)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan por la Parte D.					Un año	Es necesario un diagnóstico documentado a fin de determinar si el medicamento se cubre bajo los beneficios que ofrece la Parte B (médica) o la Parte D (farmacéutica) del Programa *Medicare.* Los medicamentos inmunosupresores que se utilizan para prevenir el rechazo de los trasplantes de órganos son un beneficio que ofrece la Parte B

Nombre del producto	Usos que cubre el plan	Criterios de exclusión	Información médica que se requiere	Restricciones respecto a la edad	Restricciones respecto al que lo receta	Tiempo que dura la cobertura	Otros Criterios
							con tal que el Programa *Medicare* haya cubierto el trasplante.
Prolastin (inhibidor de proteinasa)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan de la Parte D.					6 meses	Es necesario un diagnóstico documentado a fin de determinar si el medicamento se cubre bajo los beneficios que ofrece la Parte B (médica) o la Parte D (farmacéutica) del Programa *Medicare.* Se requiere se que consiga de una farmacia especializada.
Promacta (eltrombopag olamine)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan de la Parte D.	El plan no lo cubre si se utiliza junto con *Nplate*	Autorización inicial: 1. Una cuenta de plaquetas sanguíneas de menos de 30,000 células por cada microlitro, 2. La dosis no excederá la cantidad máxima que se indica en la etiqueta de la FDA para el diagnóstico, 3. Fracaso del tratamiento o contraindicación con respecto a por lo			3 meses	Tanto el paciente como la persona que la recete deben estar inscritos en el Programa *Promacta Cares.*

Nombre del producto	Usos que cubre el plan	Criterios de exclusión	Información médica que se requiere	Restricciones respecto a la edad	Restricciones respecto al que lo receta	Tiempo que dura la cobertura	Otros Criterios
			menos dos de los tratamientos siguientes: corticoesteroides, inmunoglobulina o esplenectomía.				
Provenge (sipuleucel-t)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan por la Parte D. Fatiga producida por la esclerosis múltiple		Un diagnóstico documentado de cáncer de la próstata metástatico resistente a la castración (refractario hormonal) con constancia radiológica de enfermedad metástatica en los ganglios linfáticos o en los huesos, o ambos, con pruebas de la evolución* en cualquiera de los dos sitios. El paciente es asintomático o asintomático a un nivel mínimo, sin dolor óseo correspondiente al cáncer o el uso de analgésicos de opiodes para aliviar el dolor del cáncer. El paciente no padece de enfermedad visceral (metástasis en el hígado, pulmón o cerebro). El paciente tiene niveles de testosterona en estado basal de <50ng/ml con cáncer de la próstata de "refractario hormonal" documentado cuya definición es: Castración quirúrgica (orquiectomía bilateral); o tres meses de castración química (agonistas o antagonistas de *LHRH*). No se administran al mismo tiempo la quimioterapia y las terapias inmunosupresoras. El paciente no tiene una esperanza de vida de menos de seis meses. El paciente tiene un estado de rendimiento de *ECOG* de 0 a 1 O el paciente tiene un			3 dosis	

Nombre del producto	Usos que cubre el plan	Criterios de exclusión	Información médica que se requiere	Restricciones respecto a la edad	Restricciones respecto al que lo receta	Tiempo que dura la cobertura	Otros Criterios
			resultado *Karnofsky* de 80 a 100.				
Provigil (modafinilo)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan por la Parte D. Fatiga a causa de la esclerosis múltiple		Para fines de tratar la narcolepsia: expedientes médicos que documenten fracasos con los agentes que se encuentran en el formulario: metilfenidato o dextroanfetamina. Para la tratar la apnea obstructiva del sueño o el síndrome de hipópnea, o ambos: expedientes médicos que documenten el uso de un dispositivo de presión positiva continua en la vías respiratorias [*CPAP*] por un mínimo de dos meses y que se utiliza por cuatro horas o más cada noche. Un diagnóstico de trastorno de sueño a causa de los turnos de trabajo. Para la fatiga a causa de la esclerosis múltiple: un diagnóstico esclerosis múltiple.		Un neurólogo o un especialista del sueño	Un año	
Pulmozyme (dornase alfa)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan de la Parte D.					6 meses	Es necesario un diagnóstico documentado a fin de determinar si el medicamento se cubre bajo los beneficios que ofrece la Parte B (médica) o la Parte D (farmacéutica) del Programa

Nombre del producto	Usos que cubre el plan	Criterios de exclusión	Información médica que se requiere	Restricciones respecto a la edad	Restricciones respecto al que lo receta	Tiempo que dura la cobertura	Otros Criterios
							Medicare.
Rapamune (sirolimus)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan por la Parte D.					Un año	Es necesario un diagnóstico documentado a fin de determinar si el medicamento se cubre bajo los beneficios que ofrece la Parte B (médica) o la Parte D (farmacéutica) del Programa *Medicare.* Los medicamentos inmunosupresores que se utilizan para prevenir el rechazo de los trasplantes de órganos son un beneficio que ofrece la Parte B con tal que el Programa *Medicare* haya cubierto el trasplante.
*Relistor (*metilnaltrexona*)*	Todas las		Los pacientes deben padecer de una	De 18 años de		6 meses	

Nombre del producto	Usos que cubre el plan	Criterios de exclusión	Información médica que se requiere	Restricciones respecto a la edad	Restricciones respecto al que lo receta	Tiempo que dura la cobertura	Otros Criterios
	indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan por la Parte D.		enfermedad avanzada por la cual estén recibiendo atención médica paliativa. Y un diagnóstico documentado de estreñimiento inducido por el uso de opioides. Y el fracaso del glicol polietileno o la lactulosa.	edad en adelante			
Remicade (infliximab)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan de la Parte D.		Expedientes médicos que documenten: un mínimo de tres meses de tratamiento complementario actualmente y continuado Y un análisis *PPD* (tuberculosis) negativo de la piel en los últimos seis meses y que esté al día, a partir de la fecha en que se comience la terapia. Se deben observar cuidadosamente a los pacientes con fines de detectar infecciones o si hay antecedentes de infecciones crónicas.			Un año	
Rituxan (rituximab)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan de la Parte D.	No se aprobará para utilizarlo junto con los medicamentos que inhiben los factores de necrosis tumoral		De 18 años de edad en adelante.		Se puede autorizar de nuevo: un mes, todas las demás indicaciones son de un año.	
Rozerem (ramelteon)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan de		Documentación de las pruebas y los fracasos de las pastillas orales *zolpidem* de efecto inmediato o la intolerancia al *zolpidem* de efecto inmediato o una contraindicación con respecto al mismo.			Un año	

Nombre del producto	Usos que cubre el plan	Criterios de exclusión	Información médica que se requiere	Restricciones respecto a la edad	Restricciones respecto al que lo receta	Tiempo que dura la cobertura	Otros Criterios
	la Parte D.						
Somatuline Depot (lanreotide)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan por la Parte D.					Cobertura inicial del plan: 3 meses. Se puede autorizar de nuevo: un año.	Es necesario un diagnóstico documentado a fin de determinar si el medicamento se cubre bajo los beneficios que ofrece la Parte B (médica) o la Parte D (farmacéutica) del Programa *Medicare.*
Suboxone (buprenorfina/naloxona)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan de la Parte D.	No se aprobará para utilizarlo junto con los medicamentos que producen actividad agonista en el receptor mu.	La persona que lo recete debe estar autorizada para recetar la buprenorfina o la naloxona. Se deben utilizar para la terapia de manutención con fines de tratamiento de la dependencia de los opioides. Con cada solicitud se debe proporcionar un análisis de la orina reciente con fines de detectar las drogas.			Terapia inicial: un mes. Se puede autorizar de nuevo: 3 meses y luego 6 meses después.	La justificación se debe proporcionar a fin de que se utilice junto con las benzodia-zepinas u otros medicamentos sedativos o hipnóticos.
Subutex (buprenorfina sublingual)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan de la Parte D.	No se aprobará para utilizarlo junto con los medicamentos que producen actividad	La persona que lo recete debe estar autorizada para recetar la buprenorfina. Se deben utilizar para la terapia de manutención con fines de tratamiento de la dependencia de los opioides. Con cada solicitud se debe proporcionar un análisis			Terapia inicial: un mes. Se puede autorizar de nuevo: 3 meses y luego 6 meses	La justificación se debe proporcionar a fin de que se utilice junto con las benzodia-zepinas u otros

Nombre del producto	Usos que cubre el plan	Criterios de exclusión	Información médica que se requiere	Restricciones respecto a la edad	Restricciones respecto al que lo receta	Tiempo que dura la cobertura	Otros Criterios
		agonista en el receptor mu.	de la orina reciente con fines de detectar las drogas. Expedientes médicos que documenten la hipersensibilidad o la intolerancia a la buprenorfina o a la naloxona, o a ambos, o la paciente está en cinta o lactando.			después.	medicamentos sedativos o hipnóticos.
Sylatron (peginterferón alfa -2b)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan por la Parte D.		Documentación de que el paciente padece de melanoma con involucración nodal, ya sea microscópica o macroscópica, en los siguientes 84 días, a partir de la fecha de la resección quirúrgica definitiva, incluso la linfadenectomía integral.			Un año	
Symlin (pramlintide)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan por la Parte D.				Endocrinólogo	Un año	
Synarel (acetato de nafarelina)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan de la Parte D.		Un diagnóstico documentado de endometriosis o pubertad precoz central. Documentación de contraindicación, intolerancia o fracaso del tratamiento con leuprolida.			6 meses	
Tasigna (nilotinib)	Todas las indicaciones aprobadas por la					6 meses	

Nombre del producto	Usos que cubre el plan	Criterios de exclusión	Información médica que se requiere	Restricciones respecto a la edad	Restricciones respecto al que lo receta	Tiempo que dura la cobertura	Otros Criterios
	FDA con tal que no se excluyan de la Parte D.						
Testim (testosterona tópico)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan de la Parte D.	El plan no cubre la sustitución de la testosterona para el tratamiento de la disfunción sexual	Expedientes médicos que documenten uno de los siguientes: por lo menos dos niveles bajos de testosterona total (que se hayan extraído en días diferentes), O por lo menos dos niveles bajos de testosterona libre (que se hayan extraído en días diferentes), O un nivel bajo de testosterona total con un nivel elevado de *LH* y *FSH* O un nivel bajo de testosterona libre con un nivel elevado de *LH* y *FSH*.			Un año	
Testopel (testosterona en forma de bolita)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan de la Parte D.	El plan no cubre la sustitución de la testosterona para el tratamiento de la disfunción sexual.	Un diagnóstico confirmado de la deficiencia de testosterona O la falta de testosterona endógena en los varones mayores de 18 años de edad con: hipogonadismo primario (congénito o adquirido) Y dos niveles bajos de testosterona total (que se hayan extraído en días diferentes) con un nivel elevado de *LH* y *FSH* O hipogonadismo hipogonado-trópico (congénito o adquirido) Y dos niveles bajos de testosterona total (que se hayan extraído en días diferentes) con un nivel bajo o un nivel de bajo a normal de *LH* y *FSH*.			Un año	
Inyección de testosterona	Todas las					Un año	Es necesario un

Nombre del producto	Usos que cubre el plan	Criterios de exclusión	Información médica que se requiere	Restricciones respecto a la edad	Restricciones respecto al que lo receta	Tiempo que dura la cobertura	Otros Criterios
	indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan por la Parte D.						diagnóstico documentado a fin de determinar si el medicamento se cubre bajo los beneficios que ofrece la Parte B (médica) o la Parte D (farmacéutica) del Programa *Medicare.*
Tev-Tropin (hormona del crecimiento)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan de la Parte D. Deficiencias de las hormonas de crecimiento [*GHD*] en los niños, baja estatura idiopática [*ISS*], pequeño para la edad gestacional o retraso del crecimiento		*GHD* (en los niños), *ISS, TS, NS, PWS, GRCRF*: una estatura de punto de referencia de dos puntos de desviación normal, o menos, debajo del término medio de estatura o en el tercer percentil, o menos, indicado para la edad o el sexo. Una tasa de crecimiento menos de siete centímetros por año si es de tres años de edad o más joven y menos de cuatro centímetros por año si es de tres años de edad o mayor. La radiografía ósea muestra más de dos años de atraso con respecto a la edad cronológica. No se han cerrado las epífisis. Un diagnóstico de *GHD* (en los niños): una reacción subnormal a dos pruebas de estimulación provocativa (de 10 ng/ml, o menos). Para los diagnósticos de		*GHD* (menor de edad), *ISS, SGA, TS, NS, PWS, AOGHD, COGHD*: las debe recetar un endocrinólogo. *GRCRF*: las debe recetar un nefrólogo.	Un año	

Nombre del producto	Usos que cubre el plan	Criterios de exclusión	Información médica que se requiere	Restricciones respecto a la edad	Restricciones respecto al que lo receta	Tiempo que dura la cobertura	Otros Criterios
	intrauterino [*SGA*], Síndrome de *Prader-Willi* [*PWS*], Síndrome de *Turner* [*TS*], Síndrome de *Noonan* [*NS*], retraso del crecimiento asociado a la insuficiencia renal crónica [*GRCRF*], deficiencias de las hormonas de crecimiento en los adultos [*AOGHD*], deficiencias de las hormonas de crecimiento en la niñez [*COGHD*], pérdida total de la densidad de la piel a causa de las quemaduras de tercer grado.		*ISS*: una estatura de adulto que se pronostica a menos de 63 pulgadas para los varones y 59 pulgadas para las hembras, y la ausencia de afecciones comórbidas que se deben tratar por otros medios. *SGA*: un diagnóstico confirmado por un peso al nacer de 2500g menos que el de la gestación de más de 37 semanas o una longitud o un peso al nacer menos del tercer percentil para la edad gestacional y que no se hayan puesto a lo normal al cumplir dos años de edad. Una estatura de punto de referencia de dos puntos de desviación normal, o menos, debajo del término medio de estatura o en el tercer percentil, o menos, indicada para la edad o el sexo. Un paciente de dos años de edad en adelante. *AOGHD*: deficiencias hormonales múltiples (hipopituitarismo) producido por enfermedades pituitarias o hipotalámicas, cirugías, terapias de radiaciones o traumas. Suero *IGF-I* bajo. *COGHD*: un diagnóstico clínico de *GHD* cuando es niño o adolescente. Una reacción subnormal a dos pruebas provocativas (de 10 ng/ml, o menos) después de un plazo de tiempo para eliminar las hormonas de crecimiento (de				

Nombre del producto	Usos que cubre el plan	Criterios de exclusión	Información médica que se requiere	Restricciones respecto a la edad	Restricciones respecto al que lo receta	Tiempo que dura la cobertura	Otros Criterios
			uno a tres meses). Por un diagnóstico de *PWS:* sólo pruebas genéticas. Para la autorización de nuevo del *AOGHD*, *COGHD*: el *IGF-I* está dentro de los límites normales para la edad o el sexo. Para la autorización de nuevo del *GHD* (en los niños), *ISS*, *SGA*, *TS*, *NS*, *PWS*, *GRCRF*: un aumento en la velocidad del crecimiento de por lo menos dos centímetros al año durante el año anterior. No se han cerrado las epífisis. No es después de un trasplante renal para los pacientes que padecen de insuficiencia renal crónica. Las pruebas de estimulación provocativa pueden abarcar la arginina, la clonidina, el glucagón, la insulina y la levodopa. Un diagnóstico de quemaduras de tercer grado con la pérdida total de la densidad de la piel.				
Tysabri (natalizumab)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan de la Parte D.		El diagnóstico de las formas recurrentes de la esclerosis múltiple, para ser utilizados como monoterapia. El paciente debe tener un juicio documentado y el fracaso o la incapacidad para tolerar Copaxone (glatiramer) y un interferón beta 1A o 1B producto como Avonex, Rebif, Extavia.		El neurólogo	Un año	Uso de una farmacia de especialidad se requiere

Nombre del producto	Usos que cubre el plan	Criterios de exclusión	Información médica que se requiere	Restricciones respecto a la edad	Restricciones respecto al que lo receta	Tiempo que dura la cobertura	Otros Criterios
Uloric (febuxostat)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan de la Parte D.		Expedientes médicos que documenten la intolerancia al alopurinol. O documentación del fracaso del tratamiento con alopurinol a causa de la insuficiencia renal (depuración de creatinina [*CrCl*] de 10 ml/min, o menos). O el fracaso del alopurinol a las dosis máximas con fines terapéuticos (600mg al día).			Un año	
Valcyte (valganciclovir)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan de la Parte D.		El tratamiento de la retinitis por citomegalovirus (CMV) en los pacientes adultos que padezcan del SIDA. La prevención de la enfermedad CMV en los pacientes adultos que corren alto riesgo de contraerla y que hayan tenido un trasplante renal, cardíaco o de riñón junto con el páncreas. La prevención de la enfermedad CMV en los pacientes pediátricos que corren alto riesgo de contraerla y que hayan tenido un trasplante renal o cardíaco, o ambos.			Un año	
Vancocin (vancomicina)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan por la Parte D.		Fracaso del metronidazol oral o documentación de una infección severa de clostridium difficile (glóbulos blancos de más de 15,000 o suero creatina de más de 1.5 veces del nivel premórbido)			*Clostridium Difficile*: 10 días por cada solicitud, otros diagnósticos, un mes.	
Vandetanib (vandetanib)	Todas las indicaciones		Documentación de que el paciente padece de cáncer medular de la tiroides, ya sea			6 meses	Se requiere se que consiga de una

Nombre del producto	Usos que cubre el plan	Criterios de exclusión	Información médica que se requiere	Restricciones respecto a la edad	Restricciones respecto al que lo receta	Tiempo que dura la cobertura	Otros Criterios
	aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan por la Parte D.		sintomático o progresivo, y que el cáncer no es resecable y ha avanzado localmente o es enfermedad metastática. Documentación de los fracasos de las terapias.				farmacia especializada.
Inyección de *Venofer* (sucrosa de hierro)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan por la Parte D.		El tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro inducido por la quimioterapia documentada. O el tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro documentada en un paciente que padezca de enfermedades renales crónicas y que esté pasando por un curso de hemodiálisis crónico. O el tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro documentada en un paciente que padezca de un trastorno documentado del tracto gastrointestinal cuyos síntomas se pueden agravar a causa de la terapia de hierro oral, por ejemplo la enfermedad de inflamación intestinal. O el tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro documentada en un paciente que padezca de intolerancia severa documentada a un producto de hierro oral o si ha fracasado el tratamiento con un producto de hierro oral después de una prueba adecuada. Se debe intentar identificar y tratar la causa fundamental de la deficiencia.			Una vez	Se cubre bajo los beneficios que ofrece la Parte B del Programa *Medicare*. La anemia por deficiencia de hierro documentada por las indicaciones que se enumeran se define como una hemoglobina <11 g/dl.
Vfend (voriconazole)	Todas las		Un diagnóstico documentado de			Un año	

Nombre del producto	Usos que cubre el plan	Criterios de exclusión	Información médica que se requiere	Restricciones respecto a la edad	Restricciones respecto al que lo receta	Tiempo que dura la cobertura	Otros Criterios
	indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan por la Parte D.		aspergilosis invasiva, *Candida Krusei* o un organismo que se considere resistente a la dosis alta de fluconazol y que es susceptible al voriconazol. La documentación debe incluir un informe del cultivo o un informe de la susceptibilidad.				
Victrelis (boceprevir)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan de la Parte D.	Las mujeres en cinta y los hombres cuyas parejas femeninas estén en cinta.	Documentación de la hepatitis C crónica de genotipo 1, Y se debe utilizar junto con el peginterferón alfa y la ribavirina, Y que no se haya tratado previamente con *boceprevir* o *telaprovir*.	De 18 años de edad en adelante		Un año	No se aprobará como monoterapia.
Viibryd (vilazodona)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan de la Parte D.	Si se utiliza simultánea-mente con *MAOI* o en los 14 días siguientes, a partir de la fecha en que se deje de utilizar *MAOI* o en que se empiece a utilizar el mismo.	Un diagnóstico documentado de un trastorno depresivo grave Y documentación de las pruebas y los fracasos de un *SSRI* y un *SNRI*.			Un año	
Vimpat (*lacosamide*)	Todas las indicaciones aprobadas por la		Expedientes médicos que documenten las pruebas y los fracasos de una dosis terapéutica de por lo menos dos			Un año	

Nombre del producto	Usos que cubre el plan	Criterios de exclusión	Información médica que se requiere	Restricciones respecto a la edad	Restricciones respecto al que lo receta	Tiempo que dura la cobertura	Otros Criterios
	FDA con tal que no se excluyan por la Parte D.		medicamentos anticonvulsionantes que se encuentren en el formulario.				
Vivitrol (naltrexona IM)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan por la Parte D.		Para tratar el abuso de los opioides: documentación de las pruebas y los fracasos de la naltrexona oral. Para tratar el abuso de bebidas embriagantes: documentación de las pruebas y los fracasos de la naltrexona oral y uno de los siguientes: disulfiram o acamprosato.			6 meses	El paciente está participando en un programa integral con fines de controlar la adicción y cuya terapia incluye un componente psicosocial.
Xalkori (crizotinib)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan por la Parte D.		Cáncer pulmonar de células no pequeñas: para el tratamiento de los pacientes que padezcan de cáncer pulmonar de células no pequeñas que haya avanzado localmente o que se haya metastatizado [*NSCLC*, las siglas en inglés] que haya resultado positivo para linfoma cinasa anaplásica [*ALK*, las siglas en inglés] según lo haya detectado una prueba aprobada por la *FDA*			6 meses	
Xenazine (tetrabenazina)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan de la Parte D.	No se cubre *Xenazine* para los miembros del plan con tendencia suicida activa, ni para los	Un diagnóstico de la enfermedad de *Huntington* con corea. Notas de la hoja clínica proveniente de la evaluación de la persona que la receta que documenten que ha mejorado la enfermedad del paciente a causa de la terapia. Documentación de que se haya vigilado al miembro del plan con		Neurólogo	Inicial: 3 meses. Se puede autorizar de nuevo: un año	

Nombre del producto	Usos que cubre el plan	Criterios de exclusión	Información médica que se requiere	Restricciones respecto a la edad	Restricciones respecto al que lo receta	Tiempo que dura la cobertura	Otros Criterios
		pacientes que padezcan de depresión que no se haya tratado o que se haya tratado inadecuada-mente, que padezcan de función hepática deteriorada ni para los pacientes que estén tomando actualmente inhibidores de oxidasa monoamina, ni para los pacientes que estén tomando reserpina.	fines de detectar la depresión y las ideas suicidas.				
Xgeva (Denosumab)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan		Un diagnóstico documentado para la prevención de problemas esquelétales con metástasis óseas de tumores sólidos. Documentación de los fracasos de la *Zometa*, o intolerancia a dicha medicina o			6 meses	Se requiere se que consiga de una farmacia especializada.

Nombre del producto	Usos que cubre el plan	Criterios de exclusión	Información médica que se requiere	Restricciones respecto a la edad	Restricciones respecto al que lo receta	Tiempo que dura la cobertura	Otros Criterios
	por la Parte D.		motivos clínicos por no utilizarla. Niveles del suero de calcio documentado.				
Xifaxan (rifaximina)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan por la Parte D.		Diarrea que padezcan los viajantes: un diagnóstico de dicha diarrea producida por una variedad de *E.Coli* no invasivo, el fracaso del tratamiento con un antibiótico oral como *azithromycin* o *ciprofloxacin.* Encefalopatía hepática: un diagnóstico documentado de encefalopatía hepática y el fracaso documentado del tratamiento o documentación de la intolerancia a la lactulosa o de la contraindicación con respecto a la misma.			La diarrea que padecen los viajeros: 3 días por cada solicitud. Encefalopatía hepática: un año.	
Xolair (omalizumab)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan por la Parte D.		Expedientes médicos que documenten un nivel de *IgE* de 30 IU/ml o más Y pruebas específicas de asma alérgica, respaldadas por hallazgos clínicos y de laboratorio; por ejemplo, resultados positivos de los análisis de la piel, las estructuras de los síntomas, etc. Y no poder controlarlo adecuadamente con la terapia combinada de las dosis máximas del agonista beta-2 de largo efecto y el corticoesteroide inhalado Y pruebas de síntomas persistentes que requieren con frecuencia la terapia de recuperación, consultas con un profesional médico a pesar de la inhalación de los corticoesteroides, o visitas a las sala de	Mayor de 12 años de edad.	Un alergólogo o pulmonólogo	6 meses	

Nombre del producto	Usos que cubre el plan	Criterios de exclusión	Información médica que se requiere	Restricciones respecto a la edad	Restricciones respecto al que lo receta	Tiempo que dura la cobertura	Otros Criterios
			urgencias.				
Yervoy (ipilimumab)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan por la Parte D		Documentación de que el paciente padece de melanoma metastático o que no se puede resecar y ha fracasado la terapia sistémica que se haya intentado anteriormente.			6 meses	
Zaltrap (ZIV-aflibercept)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan por la Parte D					6 meses	
Zelboraf (vemurafenib)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan de la Parte D.		Para fines de tratamiento del melanoma, ya sea metastático o que no se puede resecar, con mutación *BRAF V600E* según lo haya detectado una prueba aprobada por la *FDA*. No se recomienda utilizar *Zelboraf* para los pacientes que padezcan de melanoma *BRAF* de tipo natural.			6 meses	
Zometa (ácido zoledrónico)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan de la Parte D.		Documentación del diagnóstico.			6 meses	
Zortress (everolimus)	Todas las indicaciones		Documentación de las pruebas y los fracasos de tacrólimo y sirólimo.			Un año	Es necesario un diagnóstico

Nombre del producto	Usos que cubre el plan	Criterios de exclusión	Información médica que se requiere	Restricciones respecto a la edad	Restricciones respecto al que lo receta	Tiempo que dura la cobertura	Otros Criterios
	aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan de la Parte D.						documentado a fin de determinar si el medicamento se cubre bajo los beneficios que ofrece la Parte B (médica) o la Parte D (farmacéutica) del Programa *Medicare.* Los medicamentos inmunosupresores que se utilizan para prevenir el rechazo de los trasplantes de órganos son un beneficio que ofrece la Parte B con tal que el Programa *Medicare* haya cubierto el trasplante.
Zostavax (vacuna de zoster vivo)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que		Documentación de que el paciente no tiene una contraindicación con respecto al uso de *Zostavax*, por ejemplo, por la inmunosupresión ni padece de una	De 50 años de edad en adelante.		Una vez	

Nombre del producto	Usos que cubre el plan	Criterios de exclusión	Información médica que se requiere	Restricciones respecto a la edad	Restricciones respecto al que lo receta	Tiempo que dura la cobertura	Otros Criterios
	no se excluyan por la Parte D.		infección activa de zóster.				
Zytiga (abiraterona)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan de la Parte D.	Las mujeres en cinta o que pueden caer embarazadas.	Un diagnóstico documentado de cáncer metastático de la próstata resistente a la castración Y un curso previo documentado de quimioterapia con docetaxel Y que se debe utilizar junto con la prednisona.		Oncólogo	Un año	
Zyvox (linezolide)	Todas las indicaciones aprobadas por la *FDA* con tal que no se excluyan por la Parte D.		Consulta con un especialista de enfermedades infecciosas, notas de la hoja clínica y un informe del cultivo y de la sensibilidad, y el fracaso de otras sustancias antimicrobianas, que el cultivo muestre la sensibilidad a otras sustancias antimicrobianas o contraindicaciones con respecto a las mismas.			Una vez, un máximo de 28 días de terapia.	