

PRIOR AUTHORIZATION MEDICATIONS

ACNÉ

Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) que no estén excluidas de algún otro modo en la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	Aprobado para los mayores de 12 años.
Restricciones de la persona autorizada para recetar medicamentos	
Duración de la cobertura	12 meses
Otros criterios	
Criterios de medicamentos excluidos	
Medicamento(s)	AVITA, RETIN-A MICRO, TRETINOIN

AMITIZA

Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) que no estén excluidas de algún otro modo en la Parte D.
Criterios de exclusión	Embarazo, antecedentes de obstrucción mecánica gastrointestinal (p. ej., por adherencias, tumores, hernias, quistes, abscesos, etc.), diarrea grave.
Información médica requerida	Si es mujer en edad de procrear, se debe descartar el embarazo por medio de análisis en sangre u orina cuyos resultados sean negativos.
Restricciones de edad	Aprobado para los mayores de 18 años.
Restricciones de la persona autorizada para recetar	
Duración de la cobertura	12 meses
Otros criterios	
Criterios de medicamentos excluidos	
Medicamento(s)	AMITIZA

ANFETAMINAS

Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) que no estén excluidas de algún otro modo en la Parte D.
Criterios de exclusión	Uso simultáneo con inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) o en los últimos 14 días.
Información médica requerida	Estudios del sueño para diagnosticar narcolepsia.
Restricciones de edad	Aprobado para los mayores de 3 años.
Restricciones de la persona autorizada para recetar medicamentos	

Duración de la cobertura	12 meses
Otros criterios	Control de la pérdida de peso, el aumento de la velocidad de crecimiento en los niños, el aumento del ritmo cardíaco y la presión arterial, la aparición o el agravamiento de comportamientos agresivos u hostilidad, los trastornos del sueño y el uso del medicamento a largo plazo.
Criterios de medicamentos excluidos	
Medicamento(s)	ADDERALL XR, AMPHETAMINE /DEXTROAMPHETAMINE, DEXTROAMPHETAMINE SULFATE ER, DEXTROAMPHETAMINE SULFATE
<u>ARANESP</u>	
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) que no estén excluidas de algún otro modo en la Parte D.
Criterios de exclusión	Factor de liberación de corticotropina (FLC): saturación de transferrina menor del 20%, y el paciente no recibe aporte complementario de hierro cuando es adecuado desde el punto de vista clínico. FLC y anemia en pacientes con tumores malignos no mieloides: nivel de hemoglobina del paciente (no como resultado de una transfusión de sangre reciente) mayor que 12 g/dl. Falta de diagnóstico inicial de anemia (hematocrito por debajo del 30% o hemoglobina menor que 10 g/dl o sintomática con hemoglobina de 10-11 g/dl).
Información médica requerida	FLC: se evaluaron las reservas de hierro del paciente (saturación de transferrina sérica). FLC y anemia del cáncer: se debe controlar el nivel de hemoglobina del paciente antes de cada dosis al iniciar el tratamiento, para cambios en las dosis y a intervalos regulares cuando la dosis sea estable. FLC y anemia del cáncer: se controlará el nivel de hemoglobina del paciente antes de cada dosis al iniciar el tratamiento, para cambios en las dosis y a intervalos regulares cuando la dosis sea estable. Se controlará la presión arterial del paciente durante todo el tratamiento. Se controlará al paciente para detectar la aparición de eventos trombóticos.
Restricciones de edad	

Restricciones de la persona autorizada para recetar medicamentos	
Duración de la cobertura	Inicio del tratamiento o cambios en las dosis: 6 semanas. En tratamiento estable: 12 semanas.
Otros criterios	Una vez iniciado el tratamiento, en comparación con el valor inicial previo a este, el paciente debe mostrar una respuesta clínica objetiva (p. ej., la hemoglobina aumenta más de 1 g/dl o el hematocrito aumenta más del 3%) a una dosis adecuada/un aumento de la dosis y la duración del tratamiento.
Criterios de medicamentos excluidos	
Medicamento(s)	ARANESP
<u>ARCALYST</u>	
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) que no estén excluidas de algún otro modo en la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de la persona autorizada para recetar medicamentos	
Duración de la cobertura	12 meses
Otros criterios	
Criterios de medicamentos excluidos	
Medicamento(s)	ARCALYST
<u>AEROSOL NASAL DE BUTORFANOL</u>	
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) que no estén excluidas de algún otro modo en la Parte D. Se brinda cobertura adicional según su uso no indicado en la etiqueta para el tratamiento de la migraña/la cefalea.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de la persona autorizada para recetar medicamentos	
Duración de la cobertura	12 meses para la migraña/3 meses para el dolor agudo

Otros criterios	Se brinda cobertura para el dolor agudo en los casos en que el uso de tratamientos con opioides por vía oral no está garantizado o cuando es aconsejable administrar un agente de acción rápida. Se brinda cobertura para la migraña en los casos en que el uso de agonistas de la serotonina o derivados de la ergotamina no está garantizado según lo indica el profesional que prescribe.
Criterios de medicamentos excluidos	
Medicamento(s)	TARTRATO DE BUTORFANOL
<u>CELEBREX</u>	
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) que no estén excluidas de algún otro modo en la Parte D.
Criterios de exclusión	Dolor postquirúrgico después de una cirugía de revascularización coronaria (CABG), reacción tipo alérgica a la aspirina, antiinflamatorios no esteroides (AINE) o sulfonamidas.
Información médica requerida	Evaluación de enfermedad cardiovascular o factores de riesgo de enfermedad cardiovascular.
Restricciones de edad	
Restricciones de la persona autorizada para recetar medicamentos	
Duración de la cobertura	6 meses para poliposis adenomatosa familiar (PAF) y artritis reumatoide juvenil (ARJ); 12 meses para dismenorrea, osteoartritis (OA), artritis reumatoide (AR), espondiloartritis anquilosante (EA); 1 mes para dolor agudo
Otros criterios	
Criterios de medicamentos excluidos	
Medicamento(s)	CELEBREX
<u>CHANTIX</u>	
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) que no estén excluidas de algún otro modo en la Parte D.
Criterios de exclusión	No se brinda cobertura para el uso de Chantix (varenicline) en combinación con bupropion ni con otros productos de reemplazo de la nicotina.
Información médica requerida	El paciente debe estar inscrito en un programa de apoyo/modificación conductual (p. ej., programa comunitario, programa patrocinado por el fabricante, asesoramiento del médico, Internet o línea telefónica para dejar de fumar).
Restricciones de edad	El paciente debe ser mayor de 18 años.
Restricciones de la persona autorizada para recetar medicamentos	

Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	
Criterios de medicamentos excluidos	
Medicamento(s)	CHANTIX
<u>FACTORES ESTIMULANTES DE COLONIAS (Leukine)</u>	
Usos cubiertos	CRITERIOS QUE LOS CENTROS PARA LOS SERVICIOS DE MEDICARE Y MEDICAID (CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES, CMS) AÚN DEBEN APROBAR.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de la persona autorizada para recetar medicamentos	
Duración de la cobertura	
Otros criterios	
Criterios de medicamentos excluidos	
Medicamento(s)	LEUKINE
<u>CRINONE</u>	
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) que no estén excluidas de algún otro modo en la Parte D. Se brinda cobertura adicional según su uso no indicado en la etiqueta para tratar un embarazo establecido.
Criterios de exclusión	No se brinda cobertura en casos de infertilidad.
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de la persona autorizada para recetar medicamentos	
Duración de la cobertura	9 meses para tratar un embarazo establecido, 12 meses para una amenorrea secundaria.
Otros criterios	
Criterios de medicamentos excluidos	
Medicamento(s)	CRINONE
<u>DIFFERIN</u>	
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) que no estén excluidas de algún otro modo en la Parte D.
Criterios de exclusión	Uso cosmético.
Información médica requerida	
Restricciones de edad	Aprobado para los mayores de 12 años.

Restricciones de la persona autorizada para recetar medicamentos	
Duración de la cobertura	12 meses
Otros criterios	
Criterios de medicamentos excluidos	
Medicamento(s)	DIFFERIN
<u>EFFIENT</u>	
Usos cubiertos	CRITERIOS QUE LOS CENTROS PARA LOS SERVICIOS DE MEDICARE Y MEDICAID (CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES, CMS) AÚN DEBEN APROBAR.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de la persona autorizada para recetar medicamentos	
Duración de la cobertura	
Otros criterios	
Criterios de medicamentos excluidos	
Medicamento(s)	EFFIENT
<u>ENBREL</u>	
Usos cubiertos	CRITERIOS QUE LOS CENTROS PARA LOS SERVICIOS DE MEDICARE Y MEDICAID (CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES, CMS) AÚN DEBEN APROBAR.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de la persona autorizada para recetar medicamentos	
Duración de la cobertura	
Otros criterios	
Criterios de medicamentos excluidos	
Medicamento(s)	ENBREL
<u>EPO</u>	
Usos cubiertos	CRITERIOS QUE LOS CENTROS PARA LOS SERVICIOS DE MEDICARE Y MEDICAID (CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES, CMS) AÚN DEBEN APROBAR.
Criterios de exclusión	

Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de la persona autorizada para recetar medicamentos	
Duración de la cobertura	
Otros criterios	
Criterios de medicamentos excluidos	
Medicamento(s)	EPOGEN, PROCRIT
<u>HORMONA DE CRECIMIENTO</u>	
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) que no estén excluidas de algún otro modo en la Parte D. Se brinda cobertura adicional según su uso no indicado en la etiqueta para los casos de deficiencia de la hormona de crecimiento en adultos, retrasos del crecimiento en los niños pequeños para la edad gestacional o con retardo del crecimiento intrauterino, baja estatura idiopática, deficiencia de la hormona de crecimiento asociada con síndrome de Turner, retrasos del crecimiento derivados de falla/insuficiencia renal crónica en los niños que no recibieron un trasplante de riñón, baja estatura asociada con el síndrome de Noonan, síndrome del intestino corto y el tratamiento del síndrome de Prader-Willi.
Criterios de exclusión	No se brinda cobertura para los casos de retraso general del crecimiento.

Información médica requerida	Para la deficiencia de la hormona de crecimiento en niños: la estatura del paciente debe estar por debajo del tercer percentil para su edad y estatura en relación con el sexo, el retraso en la velocidad de crecimiento mayor o igual a 2 desviaciones estándar de la media relacionada con la edad, el retraso en la maduración ósea mayor o igual a 2 desviaciones estándar por debajo de la media relacionada con la edad/el sexo, confirmación de epífisis abiertas en pacientes mayores de 10 años, deficiencia de la hormona de crecimiento confirmada por 2 pruebas de estimulación O por factor de crecimiento 1 similar a la insulina (FCI-1) también conocido como somatomedín C, o los niveles de la proteína transportadora 3 del factor de crecimiento similar a la insulina (IGFBP-3); debe ocurrir una respuesta de crecimiento mayor o igual a 4.5 cm/año (fase de crecimiento previa a la pubertad) o mayor o igual a 2.5 cm/año (posterior a la pubertad) para la continuación de la cobertura. Para la baja estatura idiopática: la estatura debe ser inferior o igual a -2.25 desviaciones estándar de la media, y se debe confirmar que las epífisis estén abiertas en los pacientes mayores de 10 años. Se brinda cobertura para los casos de retrasos del crecimiento en los niños debido a insuficiencia renal crónica (en los casos en que el paciente no fue sometido a trasplante de riñón) (no se exigen pruebas de estimulación), retrasos del crecimiento en los niños nacidos pequeños para la edad gestacional (PEG) que no manifiestan crecimiento acelerado de
Restricciones de edad	Para la baja estatura idiopática, 7 años o mayor.
Restricciones de la persona autorizada para recetar medicamentos	Endocrinólogo pediátrico para la baja estatura idiopática.
Duración de la cobertura	Un mes para el síndrome de intestino corto, 12 meses para otras indicaciones
Otros criterios	
Criterios de medicamentos excluidos	
Medicamento(s)	GENOTROPIN MINIQUICK, GENOTROPIN, HUMATROPE, HUMATROPE COMBO PACK, NORDITROPIN NORDIFLEX PEN, NORDITROPIN CARTRIDGE, NUTROPIN, NUTROPIN AQ, NUTROPIN AQ PEN, SAIZEN, SAIZEN CLICK.EASY
HUMIRA	
Usos cubiertos	CRITERIOS QUE LOS CENTROS PARA LOS SERVICIOS DE MEDICARE Y MEDICAID (CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES, CMS) AÚN DEBEN APROBAR.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	

Restricciones de la persona autorizada para recetar medicamentos	
Duración de la cobertura	
Otros criterios	
Criterios de medicamentos excluidos	
Medicamento(s)	HUMIRA, HUMIRA PEN-CROHNS DISEASE STARTER
<u>INCRELEX</u>	
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) que no estén excluidas de algún otro modo en la Parte D.
Criterios de exclusión	No se brinda cobertura en los siguientes casos: tratamiento simultáneo con hormona de crecimiento o dosis farmacológicas de corticosteroides.
Información médica requerida	El puntaje de desviación estándar de la estatura del paciente debe ser menor o igual a -3.0 Y el puntaje del FCI-1 basal debe estar por debajo de los límites inferiores de lo normal para el laboratorio responsable del informe Y la hormona de crecimiento del paciente debe estar normal o elevada (excepto en el caso de los pacientes con supresión del gen de la hormona de crecimiento) Y se debe confirmar que las epífisis estén abiertas en los pacientes mayores de 10 años. Debe ocurrir una respuesta de crecimiento mayor o igual a 4.5 cm/año (fase de crecimiento previa a la pubertad) o mayor o igual a 2.5 cm/año (posterior a la pubertad) para la continuación de la cobertura.
Restricciones de edad	
Restricciones de la persona autorizada para recetar medicamentos	Se brinda cobertura en los casos de deficiencia de FCI-1 diagnosticados por un endocrinólogo.
Duración de la cobertura	12 meses
Otros criterios	
Criterios de medicamentos excluidos	
Medicamento(s)	INCRELEX
<u>INFERGEN</u>	
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) que no estén excluidas de algún otro modo en la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	El paciente debe tener enfermedad hepática compensada con concentraciones plasmáticas detectables de ARN del virus de la hepatitis C.
Restricciones de edad	

Restricciones de la persona autorizada para recetar medicamentos	
Duración de la cobertura	De 3 a 9 meses de acuerdo con el genotipo y el tratamiento inicial frente a la renovación del tratamiento
Otros criterios	Una disminución de 2 en escala logarítmica de la carga viral para las renovaciones.
Criterios de medicamentos excluidos	
Medicamento(s)	INFERGEN
<u>ITRACONAZOL</u>	
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) que no estén excluidas de algún otro modo en la Parte D. Se brinda cobertura adicional según su uso no indicado en la etiqueta para los casos de pitiriasis versicolor, tiña corporal, tiña del pie, cromomicosis, coccidioidomicosis, candidosis mucocutánea crónica, criptococosis, meningitis criptocócica, leishmaniosis, paracoccidioidomicosis, paroniquia, peniciliosis por penicillium marneffeii, neumonía y septicemia fúngicas, esporotricosis diseminada, tiña de la mano, candidosis vulvovaginal, supresión de la histoplasmosis en pacientes inmunodeprimidos.
Criterios de exclusión	Para onicomicosis únicamente: insuficiencia cardíaca congestiva, antecedentes de insuficiencia cardíaca congestiva, evidencia de disfunción ventricular.
Información médica requerida	Pruebas funcionales hepáticas (PFH), prueba diagnóstica de infección fúngica (p. ej., preparado de hidróxido de potasio, cultivo de hongos o biopsia ungueal).
Restricciones de edad	
Restricciones de la persona autorizada para recetar medicamentos	
Duración de la cobertura	1, 2, 3 o 6 meses en función del diagnóstico (consulte la duración entre paréntesis en usos cubiertos)
Otros criterios	
Criterios de medicamentos excluidos	
Medicamento(s)	ITRACONAZOL
<u>LETAIRIS</u>	
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) que no estén excluidas de algún otro modo en la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	

Restricciones de la persona autorizada para recetar medicamentos	Se brinda cobertura en los casos en que se receta bajo control o por derivación de un cardiólogo o neumonólogo.
Duración de la cobertura	12 meses
Otros criterios	Se brinda cobertura para su uso en combinación con dos o más tratamientos para la hipertensión arterial pulmonar (HAP) cuando un agente para la HAP no haya podido controlar correctamente los síntomas del paciente.
Criterios de medicamentos excluidos	
Medicamento(s)	LETAIRIS
<u>LIDODERM</u>	
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) que no estén excluidas de algún otro modo en la Parte D. Se brinda cobertura adicional según su uso no indicado en la etiqueta para el tratamiento del dolor neuropático (por etiologías distintas de una erupción por herpes zóster).
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de la persona autorizada para recetar medicamentos	
Duración de la cobertura	12 meses
Otros criterios	Para la indicación de neuralgia postherpética que la FDA especifica en la etiqueta, no es necesario cumplir otros criterios. Para OTROS tipos de dolores neuropáticos no indicados en la etiqueta: el paciente debe haber usado previamente y mostrado una respuesta inadecuada o intolerancia a CUALQUIER analgésico neuropático, incluidos (entre otros) Cymbalta y Lyrica etiquetados para el dolor neuropático.
Criterios de medicamentos excluidos	
Medicamento(s)	LIDODERM
<u>LOVAZA</u>	
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) que no estén excluidas de algún otro modo en la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	

Restricciones de la persona autorizada para recetar medicamentos	
Duración de la cobertura	12 meses
Otros criterios	
Criterios de medicamentos excluidos	
Medicamento(s)	LOVAZA
<u>METILFENIDATO</u>	
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) que no estén excluidas de algún otro modo en la Parte D.
Criterios de exclusión	Uso simultáneo con inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO) o en los últimos 14 días.
Información médica requerida	Estudios del sueño para diagnosticar narcolepsia.
Restricciones de edad	Aprobado para los mayores de 6 años.
Restricciones de la persona autorizada para recetar medicamentos	
Duración de la cobertura	12 meses
Otros criterios	Control de la pérdida de peso, el aumento de la velocidad de crecimiento en los niños, el aumento del ritmo cardíaco y la presión arterial, la aparición o el agravamiento de comportamientos agresivos u hostilidad, los trastornos del sueño y el uso del medicamento a largo plazo.
Criterios de medicamentos excluidos	
Medicamento(s)	CONCERTA, DEXMETHYLPHENIDATE HCL, METADATE ER, METADATE CD, METHYLIN, METHYLIN ER, METHYLPHENIDATE HCL, METHYLPHENIDATE HCL SR, RITALIN LA
<u>NEULASTA</u>	
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) que no estén excluidas de algún otro modo en la Parte D.
Criterios de exclusión	Tratamiento con Neulasta en los últimos 14 días. Tratamiento de la neutropenia aguda sin fiebre.
Información médica requerida	Control actualizado y periódico del recuento de glóbulos blancos al inicio y durante el tratamiento.
Restricciones de edad	
Restricciones de la persona autorizada para recetar medicamentos	
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	Se suspenderá la administración de Neulasta durante al menos 24 horas después de la administración de quimioterapia citotóxica.

Criterios de medicamentos excluidos	
Medicamento(s)	NEULASTA
<u>NEUMEGA</u>	
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) que no estén excluidas de algún otro modo en la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	El paciente ha tenido trombocitopenia grave (p. ej., recuento de plaquetas menor o igual a 20,000/mcl) debido a quimioterapias anteriores O se considera que el paciente tiene un alto riesgo de desarrollar trombocitopenia grave.
Restricciones de edad	
Restricciones de la persona autorizada para recetar medicamentos	
Duración de la cobertura	12 meses
Otros criterios	
Criterios de medicamentos excluidos	
Medicamento(s)	NEUMEGA
<u>NEUTROFÍLICO (NEUPOGEN)</u>	
Usos cubiertos	CRITERIOS QUE LOS CENTROS PARA LOS SERVICIOS DE MEDICARE Y MEDICAID (CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES, CMS) AÚN DEBEN APROBAR.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de la persona autorizada para recetar medicamentos	
Duración de la cobertura	
Otros criterios	
Criterios de medicamentos excluidos	
Medicamento(s)	NEUPOGEN
<u>OCTREÓTIDO</u>	
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) que no estén excluidas de algún otro modo en la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	

Restricciones de la persona autorizada para recetar medicamentos	
Duración de la cobertura	12 meses
Otros criterios	
Criterios de medicamentos excluidos	
Medicamento(s)	OCTREOTIDE ACETATE
<u>OSTEOPOROSIS (FORTEO)</u>	
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) que no estén excluidas de algún otro modo en la Parte D.
Criterios de exclusión	Enfermedad de Paget, aumento de la fosfatasa alcalina de origen desconocido, epíffisis abiertas, cáncer de huesos o cáncer metastásico de huesos, antecedentes de cáncer de mama, radioterapia previa en los huesos, hipercalcemia, tratamiento con Forteo durante 24 meses o más tiempo, tratamiento simultáneo con bifosfonato durante el tratamiento con Forteo.
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de la persona autorizada para recetar medicamentos	
Duración de la cobertura	12 meses
Otros criterios	Para el diagnóstico de osteoporosis primaria u osteoporosis hipogonadal, el paciente debe cumplir al menos con uno de estos criterios: antecedentes de fracturas osteoporóticas, varios factores de riesgo de sufrir fracturas O en su caso ha fallado o no se ha tolerado el tratamiento tradicional para la osteoporosis.
Criterios de medicamentos excluidos	
Medicamento(s)	FORTEO
<u>AGENTES PARA LA ENFERMEDAD DE PAGET</u>	
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) que no estén excluidas de algún otro modo en la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de la persona autorizada para recetar medicamentos	
Duración de la cobertura	12 meses
Otros criterios	
Criterios de medicamentos excluidos	
Medicamento(s)	ACTONEL, ALENDRONATE SODIUM

<u>PEGASYS</u>	
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) que no estén excluidas de algún otro modo en la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Para la hepatitis C crónica, el paciente debe tener enfermedad hepática compensada con concentraciones plasmáticas detectables de ARN del virus de la hepatitis C. Para la hepatitis B crónica, el paciente debe tener un marcador sérico positivo de replicación del virus de la hepatitis B (VHB), concentraciones continuamente elevadas de la aminotransferasa que superen más de 2 veces el límite superior normal, o signos de hepatitis B crónica en biopsia de hígado, o cirrosis hepática demostrada por datos radiológicos o clínicos, o complicaciones extrahepáticas.
Restricciones de edad	
Restricciones de la persona autorizada para recetar medicamentos	
Duración de la cobertura	Hepatitis C crónica: de 3 a 9 meses. Hepatitis B crónica: 12 meses.
Otros criterios	Para la hepatitis C crónica, el paciente debe tener una disminución de 2 en escala logarítmica de la carga viral para las renovaciones.
Criterios de medicamentos excluidos	
Medicamento(s)	PEGASYS
<u>PEGINTRON</u>	
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) que no estén excluidas de algún otro modo en la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	El paciente debe tener enfermedad hepática compensada con concentraciones plasmáticas detectables de ARN del virus de la hepatitis C.
Restricciones de edad	
Restricciones de la persona autorizada para recetar medicamentos	
Duración de la cobertura	De 3 a 9 meses de acuerdo con el genotipo y el tratamiento inicial frente a la renovación del tratamiento
Otros criterios	Una disminución de 2 en escala logarítmica de la carga viral para las renovaciones.
Criterios de medicamentos excluidos	
Medicamento(s)	PEG-INTRON, PEG-INTRON REDIPEN

CMS Material ID:
CMS Approval Date:

PROMACTA

Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) que no estén excluidas de algún otro modo en la Parte D.
Criterios de exclusión	No se brinda cobertura al utilizarse en combinación con Nplate.
Información médica requerida	Se ofrece renovación a los pacientes que siguen mostrando una respuesta al tratamiento (por ejemplo, aumento del recuento de plaquetas).
Restricciones de edad	
Restricciones de la persona autorizada para recetar medicamentos	
Duración de la cobertura	12 meses
Otros criterios	Los pacientes deben haber mostrado una respuesta inadecuada o intolerancia al tratamiento con corticosteroides, inmunoglobulinas, o esplenotomía.
Criterios de medicamentos excluidos	
Medicamento(s)	PROMACTA

PROVIGIL

Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) que no estén excluidas de algún otro modo en la Parte D. Se brinda cobertura según su uso no indicado en la etiqueta para los casos de hipersomnolencia idiopática y depresión que se asocian con fatiga o somnolencia.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Para la narcolepsia, el profesional que prescribe debe confirmar que el paciente no tenga enfermedades subyacentes que puedan contribuir a la somnolencia excesiva (p. ej., mioclonía nocturna, tratamiento actual con medicamentos que afecte el sueño o contribuya a la sedación diurna, o bien privación voluntaria o involuntaria del sueño a causa del trabajo por turnos). Se brinda cobertura para el trastorno del sueño por el trabajo por turnos (SWSD) cuando: (1) el profesional que prescribe confirme que el paciente sea trabajador nocturno y (2) se queje por somnolencia excesiva persistente y frecuente o por quedarse dormido mientras trabaja y (3) se hayan tenido en cuenta y tratado las enfermedades que causan o contribuyen a la somnolencia. Se brinda cobertura para los casos de somnolencia idiopática confirmados por polisomnografía cuando la somnolencia excesiva no se debe a otros trastornos del sueño, como narcolepsia, apnea obstructiva del sueño o hipersomnia postraumática.
Restricciones de edad	

Restricciones de la persona autorizada para recetar medicamentos	
Duración de la cobertura	12 meses
Otros criterios	Para el síndrome de apnea/hipopnea obstructiva del sueño (OSAHS), se brinda cobertura a los pacientes que reciben tratamiento de presión continua positiva en las vías respiratorias (CPAP) o que no son candidatos para CPAP. Se brinda cobertura para los casos de depresión asociada con fatiga o somnolencia cuando el paciente está recibiendo tratamiento con antidepresivos.
Criterios de medicamentos excluidos	
Medicamento(s)	PROVIGIL
HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR	
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) que no estén excluidas de algún otro modo en la Parte D.
Criterios de exclusión	Tratamiento simultáneo con nitrato. HAP asociado con alguna de las siguientes enfermedades: enfermedad del hemicardio izquierdo, enfermedad trombótica crónica, enfermedad embólica, compresión de vasos pulmonares, enfermedades pulmonares, hipoxemia, sarcoidosis.
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de la persona autorizada para recetar medicamentos	
Duración de la cobertura	12 meses
Otros criterios	
Criterios de medicamentos excluidos	
Medicamento(s)	REVATIO
RELISTOR	
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) que no estén excluidas de algún otro modo en la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de la persona autorizada para recetar medicamentos	
Duración de la cobertura	12 meses
Otros criterios	
Criterios de medicamentos excluidos	

Medicamento(s)	RELISTOR
<u>REMICADE</u>	
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) que no estén excluidas de algún otro modo en la Parte D.
Criterios de exclusión	No se brinda cobertura para el uso de Remicade en combinación con otros productos biológicos, p. ej., Enbrel, Kineret o Humira.
Información médica requerida	Se brinda cobertura para los casos en que el paciente haya sido evaluado y estudiado para detectar la presencia de infección por tuberculosis latente antes del inicio del tratamiento con Remicade.
Restricciones de edad	
Restricciones de la persona autorizada para recetar medicamentos	
Duración de la cobertura	12 meses
Otros criterios	Se brinda cobertura para los casos de colitis ulcerosa leve cuando el paciente haya tenido una respuesta inadecuada a un tratamiento convencional como mínimo (por ejemplo: sulfasalazina, olsalazina, mesalamina, etc.), y para los casos de espondiloartritis anquilosante cuando el paciente haya sentido el alivio inadecuado de los síntomas a partir de por lo menos otro tratamiento, como AINE, inhibidores de la COX-2 o metotrexato, a menos que el paciente no esté en condiciones de recibir tratamiento con estos medicamentos.
Criterios de medicamentos	
Medicamento(s)	REMICADE
<u>REVLIMID</u>	
Usos cubiertos	CRITERIOS QUE LOS CENTROS PARA LOS SERVICIOS DE MEDICARE Y MEDICAID (CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES, CMS) AÚN DEBEN APROBAR.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de la persona autorizada para recetar medicamentos	
Duración de la cobertura	
Otros criterios	
Criterios de medicamentos excluidos	
Medicamento(s)	REVLIMID
<u>RIBAVIRIN</u>	
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) que no estén excluidas de algún otro modo en la Parte D.

Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de la persona autorizada para recetar medicamentos	
Duración de la cobertura	12 meses
Otros criterios	
Criterios de medicamentos excluidos	
Medicamento(s)	RIBAVIRIN, RIBASPHERE, RIBAPAK, REBETOL
<u>RITUXAN</u>	
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) que no estén excluidas de algún otro modo en la Parte D. Se brinda cobertura adicional según su uso no indicado en la etiqueta para los casos de macroglobulinemia de Waldenstrom recidivante o que no responde al tratamiento.
Criterios de exclusión	No se brinda cobertura para el uso de Rituxan en combinación con otros productos biológicos, p. ej., Humira, Kineret o Remicade, etc.
Información médica requerida	
Restricciones de edad	Para artritis reumatoidea: mayor de 18 años.
Restricciones de la persona autorizada para recetar medicamentos	
Duración de la cobertura	Un mes para artritis reumatoidea, 12 meses para otras indicaciones
Otros criterios	Para artritis reumatoidea: respuesta inadecuada a por lo menos un inhibidor del factor de necrosis tumoral (FNT) o intolerancia al tratamiento con un mínimo de dos medicamentos inhibidores del
Criterios de medicamentos	
Medicamento(s)	RITUXAN
<u>SANDOSTATIN LAR</u>	
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) que no estén excluidas de algún otro modo en la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	El paciente recibió tratamiento previo con inyección de sandostatin (no de liberación lenta) que fue eficaz y bien tolerado.
Restricciones de edad	
Restricciones de la persona autorizada para recetar medicamentos	
Duración de la cobertura	12 meses
Otros criterios	
Criterios de medicamentos excluidos	

Medicamento(s)	SANDOSTATIN LAR DEPOT
<u>SENSIPAR</u>	
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) que no estén excluidas de algún otro modo en la Parte D. Se brinda cobertura adicional según su uso no indicado en la etiqueta para normalizar el calcio sérico y reducir la concentración de paratirina en el hiperparatiroidismo primario.
Criterios de exclusión	Hiperparatiroidismo primario: función hepática no aceptable y concentración plasmática de paratirina inferior a 45 pg/ml.
Información médica requerida	Concentración plasmática de paratirina (PTH).
Restricciones de edad	
Restricciones de la persona autorizada para recetar medicamentos	
Duración de la cobertura	12 meses
Otros criterios	Durante el tratamiento, se controlan las concentraciones séricas de calcio, fósforo y paratirina intacta (iPTH) del paciente. Para el hiperparatiroidismo primario: no es candidato para cirugía o se sometió a paratiroidectomía infructuosa. Para enfermedad renal crónica (CKD): recibe tratamientos habituales de diálisis.
Criterios de medicamentos excluidos	
Medicamento(s)	SENSIPAR
<u>SOMATULINE DEPOT</u>	
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) que no estén excluidas de algún otro modo en la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de la persona autorizada para recetar medicamentos	
Duración de la cobertura	12 meses
Otros criterios	La cirugía o la radioterapia no son opciones terapéuticas para el paciente, o el paciente tuvo una respuesta inadecuada a la cirugía o la radioterapia.
Criterios de medicamentos excluidos	
Medicamento(s)	SOMATULINE DEPOT
<u>SOMAVERT</u>	
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) que no estén excluidas de algún otro modo en la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	

Restricciones de la persona autorizada para recetar medicamentos	
Duración de la cobertura	12 meses
Otros criterios	Se brinda cobertura cuando los pacientes tuvieron una respuesta inadecuada a la cirugía, la radioterapia u otros tratamientos médicos o en los casos en que el paciente no es candidato para recibir otros tratamientos.
Criterios de medicamentos	
Medicamento(s)	SOMAVERT
<u>ANABÓLICOS ESTEROIDES</u>	
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) que no estén excluidas de algún otro modo en la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de la persona autorizada para recetar medicamentos	
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	
Criterios de medicamentos excluidos	
Medicamento(s)	OXANDROLONE
<u>TERBINAFINA</u>	
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) que no estén excluidas de algún otro modo en la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Pruebas funcionales hepáticas (PFH), prueba diagnóstica de infección fúngica (p. ej., preparado de hidróxido de potasio, cultivo de hongos positivo o biopsia ungueal).
Restricciones de edad	
Restricciones de la persona autorizada para recetar medicamentos	
Duración de la cobertura	2 meses para las uñas únicamente, 3 meses si hay compromiso de las uñas de los pies
Otros criterios	
Criterios de medicamentos excluidos	
Medicamento(s)	TERBINAFINE
<u>TESTOSTERONAS</u>	

Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) que no estén excluidas de algún otro modo en la Parte D.
Criterios de exclusión	Mujer, cáncer de próstata, cáncer de mama.
Información médica requerida	Antes de comenzar el tratamiento con testosterona, se ha confirmado la baja concentración de testosterona (o lo es actualmente) (es decir, la testosterona total es de menos de 300 ng/dl, libre o biodisponible, testosterona de menos de 5 ng/dl) o la ausencia de testosterona endógena.
Restricciones de edad	
Restricciones de la persona autorizada para recetar medicamentos	
Duración de la cobertura	12 meses
Otros criterios	
Criterios de medicamentos excluidos	
Medicamento(s)	ANDRODERM, ANDROGEL, TESTIM
<u>TALIDOMIDA</u>	
Usos cubiertos	CRITERIOS QUE LOS CENTROS PARA LOS SERVICIOS DE MEDICARE Y MEDICAID (CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES, CMS) AÚN DEBEN APROBAR.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de la persona autorizada para recetar medicamentos	
Duración de la cobertura	
Otros criterios	
Criterios de medicamentos excluidos	
Medicamento(s)	THALOMID
<u>ÚLCERAS TÓPICAS</u>	
Usos cubiertos	CRITERIOS QUE LOS CENTROS PARA LOS SERVICIOS DE MEDICARE Y MEDICAID (CENTERS FOR MEDICARE & MEDICAID SERVICES, CMS) AÚN DEBEN APROBAR.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de la persona autorizada para recetar medicamentos	
Duración de la cobertura	

Otros criterios	
Criterios de medicamentos excluidos	
Medicamento(s)	REGRANEX
<u>TRACLEER</u>	
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) que no estén excluidas de algún otro modo en la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de la persona autorizada para recetar medicamentos	Se brinda cobertura en los casos en que se receta bajo control o por derivación de un cardiólogo o neumonólogo.
Duración de la cobertura	12 meses
Otros criterios	Se brinda cobertura para su uso en combinación con dos o más tratamientos para la hipertensión arterial pulmonar (HAP) cuando un agente para la HAP no haya podido controlar correctamente los síntomas del paciente.
Criterios de medicamentos excluidos	
Medicamento(s)	TRACLEER
<u>XIFAXAN</u>	
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) que no estén excluidas de algún otro modo en la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de la persona autorizada para recetar medicamentos	
Duración de la cobertura	12 meses
Otros criterios	
Criterios de medicamentos excluidos	
Medicamento(s)	XIFAXAN
<u>XYREM</u>	
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) que no estén excluidas de algún otro modo en la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones de edad	
Restricciones de la persona autorizada para recetar medicamentos	
Duración de la cobertura	12 meses

Otros criterios	
Criterios de medicamentos excluidos	
Medicamento(s)	XYREM

Según las circunstancias, los siguientes medicamentos pueden tener cobertura de Medicare Parte B o D. Es posible que haya que enviar información que describa el uso del medicamento y el entorno de administración para tomar la determinación.

Nombre del medicamento	Route of Administration / Dosage Form
ACETYLCYSTEINE	SOLUCIÓN PARA INHALACIÓN
ALBUTEROL SULFATE	SOLUCIÓN PARA INHALACIÓN POR NEBULIZACIÓN
AZASAN	COMPRIMIDO ORAL
AZATHIOPRINE	COMPRIMIDO ORAL
AZATHIOPRINE SODIUM	SOLUCIÓN INYECTABLE RECONSTITUIDA
BUDESONIDE	SUSPENSIÓN PARA INHALACIÓN
CELLCEPT	SUSPENSIÓN ORAL RECONSTITUIDA
CELLCEPT INTRAVENOUS	SOLUCIÓN INYECTABLE RECONSTITUIDA
CHORIONIC GONADOTROPIN	SOLUCIÓN INYECTABLE RECONSTITUIDA
COLISTIMETHATE SODIUM	SOLUCIÓN INYECTABLE RECONSTITUIDA
CROMOLYN SODIUM	SOLUCIÓN PARA INHALACIÓN POR NEBULIZACIÓN
CYCLOPHOSPHAMIDE	COMPRIMIDO ORAL
CYCLOSPORINE	CÁPSULA ORAL
CYCLOSPORINE MODIFIED	CÁPSULA ORAL
CYCLOSPORINE MODIFIED	SOLUCIÓN ORAL
DECAVAC	INYECTABLE
DIPHThERIA/TETANUS TOXOID PEDIATRIC	INYECTABLE
EMEND	CÁPSULA ORAL
ENGERIX-B	SUSPENSIÓN INYECTABLE
GAMMAGARD LIQUID	SOLUCIÓN INYECTABLE
GAMUNEX	SOLUCIÓN INYECTABLE
GENGRAF	CÁPSULA ORAL
GENGRAF	SOLUCIÓN ORAL
GRANISETRON HCL	COMPRIMIDO ORAL
GRANISOL	SOLUCIÓN ORAL
IPRATROPIUM BROMIDE	SOLUCIÓN PARA INHALACIÓN
IPRATROPIUM BROMIDE/ALBUTEROL SULFATE	SOLUCIÓN PARA INHALACIÓN
LEVALBUTEROL	SOLUCIÓN PARA INHALACIÓN POR NEBULIZACIÓN
MYCOPHENOLATE MOFETIL	CÁPSULA ORAL
MYCOPHENOLATE MOFETIL	COMPRIMIDO ORAL
MYFORTIC	COMPRIMIDO ORAL DE LIBERACIÓN LENTA
NEORAL	CÁPSULA ORAL
NEORAL	SOLUCIÓN ORAL

ACETYLCYSTEINE	SOLUCIÓN PARA INHALACIÓN
ONDANSETRON HCL	SOLUCIÓN ORAL
ONDANSETRON HCL	COMPRIMIDO ORAL
ONDANSETRON ODT	COMPRIMIDO ORAL DISPERSABLE
PROGRAF	SOLUCIÓN INYECTABLE
PULMICORT	SUSPENSIÓN PARA INHALACIÓN
PULMOZYME	SOLUCIÓN PARA INHALACIÓN
RAPAMUNE	SOLUCIÓN ORAL
RAPAMUNE	COMPRIMIDO ORAL
RECOMBIVAX HB	INYECTABLE
RECOMBIVAX HB	SUSPENSIÓN INYECTABLE
SANDIMMUNE	CÁPSULA ORAL
SANDIMMUNE	SOLUCIÓN ORAL
TACROLIMUS	CÁPSULA ORAL
TETANUS TOXOID ADSORBED	SOLUCIÓN INYECTABLE
TETANUS/DIPHThERIA TOXOIDS-ADSORBED ADULT	SUSPENSIÓN INYECTABLE
TOBI	SOLUCIÓN PARA INHALACIÓN POR NEBULIZACIÓN
VENTAVIS	SOLUCIÓN PARA INHALACIÓN
XOPENEX	SOLUCIÓN PARA INHALACIÓN POR NEBULIZACIÓN

	<p>En algunos casos, Care Improvement Plus requiere que usted pruebe primero determinados medicamentos para tratar su afección médica antes de cubrir otro medicamento que trate esa afección. Por ejemplo, si los medicamentos del primero y el segundo paso sirven como tratamiento para su enfermedad, no brindaremos cobertura para el medicamento del segundo paso, a menos que pruebe primero el medicamento del primer paso. Si el medicamento del primer paso no es adecuado para usted, entonces cubriremos el medicamento del segundo paso.</p> <p>Necesitará autorización de Care Improvement Plus antes del surtido de las recetas para los medicamentos del segundo paso que figuran en la tabla a continuación. Care Improvement Plus sólo brindará cobertura después de determinar que el medicamento se receta de acuerdo con el criterio especificado en la tabla. Usted, su representante designado o el profesional que prescribe pueden solicitar una revisión llamando al Departamento de autorizaciones previas de Medco al 1-800-753-2851. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-713-1603.</p> <p><u>Medicamentos de tratamiento escalonado</u></p>	
Descripción por grupo de tratamiento escalonado	Secuencia del tratamiento escalonado	
<u>Tratamiento escalonado para la osteoporosis</u>	Primer paso: ALENDRONATE SODIUM o BONIVA Segundo paso: ACTONEL	Criterio del tratamiento escalonado

ACETYLCYSTEINE	SOLUCIÓN PARA INHALACIÓN	<p>Para el TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS, los medicamentos del primer paso tienen cobertura en el punto de servicio. Los medicamentos del segundo paso requieren que, con antelación, se haya usado al menos un medicamento del primer paso del mismo grupo de tratamiento escalonado dentro de los 180 días previos, según queda demostrado por un reclamo anterior pagado de acuerdo con el beneficio de medicamentos con receta que Medco administra o por el uso documentado por el médico. Para el grupo de tratamiento escalonado para la osteoporosis, el primer paso es alendronato o Boniva. Para el grupo de tratamiento escalonado para la osteoporosis, el segundo paso es Actonel. Los medicamentos del segundo paso no tienen cobertura a menos que se cumplan los criterios anteriores del tratamiento escalonado. No se impondrán requisitos de tratamiento escalonado para el alendronato sódico de 40 mg y el Actonel 30 mg, puesto que se los usa principalmente para el tratamiento de la enfermedad de Paget.</p>
<p><u>INMUNOSUPRESORES TÓPICOS</u></p>	<p>Primer paso: AUGMENTED BETAMETHASONE DIPROPIONATE o BETA-VAL o BETAMETHASONE DIPROPIONATE o BETAMETHASONE VALERATE o CLOBETASOL PROPIONATE o CLOBETASOL PROPIONATE E o CORDRAN o CORDRAN TAPE o DERMA-SMOOTH/FS BODY OIL o DESOXIMETASONE o DIFLORASONE DIACETATE o FLUOCINOLONE ACETONIDE o FLUOCINONIDE o FLUOCINONIDE EMOLLIENT BASE o FLUTICASONE PROPIONATE o HALOBETASOL PROPIONATE o HYDROCORTISONE BUTYRATE o HYDROCORTISONE VALERATE o KENALOG o LUXIQ o MOMETASONE FUROATE o TRIAMCINOLONE ACETONIDE o TRIDERM</p>	
	<p>Segundo paso: ELIDEL o PROTOPIC</p>	<p>Para el grupo de tratamiento escalonado de INMUNOSUPRESORES tópicos, el primer paso incluye corticosteroides tópicos de potencia media, alta y muy alta enumerados en el formulario. Para el grupo de tratamiento escalonado de INMUNOSUPRESORES tópicos, el segundo paso incluye Elidel o Protopic. El uso de Elidel está aprobado para adultos y niños a partir de los 2 años a quienes se les surtió al menos una receta anterior para el tratamiento de</p>

ACETYLCYSTEINE	SOLUCIÓN PARA INHALACIÓN
----------------	--------------------------

primer paso con INMUNOSUPRESORES tópicos durante 14 días como mínimo de acuerdo con el beneficio de medicamentos recetados en los seis meses previos. El uso del ungüento Protopic al 0.1% está aprobado para pacientes a partir de los 16 años a quienes se les surtió una receta anterior para el tratamiento de primer paso con INMUNOSUPRESORES tópicos durante 14 días como mínimo de acuerdo con el beneficio de medicamentos recetados en los seis meses previos. El uso del ungüento Protopic al 0.03% está aprobado para pacientes a partir de los 2 años a quienes se les surtió una receta anterior para el tratamiento de primer paso con INMUNOSUPRESORES tópicos durante 14 días como mínimo de acuerdo con el beneficio de medicamentos recetados en los seis meses previos. Los medicamentos del primer paso tienen cobertura en el punto de servicio. Los medicamentos del segundo paso requieren el uso previo de tratamientos del primer paso y se aplican únicamente a los nuevos usuarios. Los medicamentos del segundo paso no tienen cobertura a menos que se cumplan los criterios del primer tratamiento escalonado o se presente documentación médica aceptable que demuestre que se probó el tratamiento del primer paso o explique por qué las opciones del tratamiento del primer paso no son convenientes/aceptables para un paciente específico.

QUANTITY LIMIT						
Nombre del medicamento	Dosage Form					
		Route of Admin	Strength	Tier Level Value	Quantity Limit Amount	Quantity Limit Days
ADVAIR DISKUS	INHALADOR ACTIVADO POR RESPIRACIÓN					
ADVAIR DISKUS	INHALADOR ACTIVADO POR RESPIRACIÓN	INHALACIÓN	100MCG/DOSE; 50MCG/DOSE	2	60	25
ADVAIR DISKUS	INHALADOR ACTIVADO POR RESPIRACIÓN	INHALACIÓN	250MCG/DOSE; 50MCG/DOSE	2	60	25
ADVAIR HFA	AEROSOL	INHALACIÓN	500MCG/DOSE; 50MCG/DOSE	2	60	25
ADVAIR HFA	AEROSOL	INHALACIÓN	115MCG/ACT; 21MCG/ACT	2	12	25
ADVAIR HFA	AEROSOL	INHALACIÓN	230MCG/ACT; 21MCG/ACT	2	12	25
ALBUTEROL SULFATE	SOLUCIÓN PARA NEBULIZACIÓN	INHALACIÓN	45MCG/ACT; 21MCG/ACT	2	12	25
ALBUTEROL SULFATE	SOLUCIÓN PARA NEBULIZACIÓN	INHALACIÓN	0.08%	1	300	25
ALBUTEROL SULFATE	SOLUCIÓN PARA NEBULIZACIÓN	INHALACIÓN	0.50%	1	60	25
ALBUTEROL SULFATE	SOLUCIÓN PARA NEBULIZACIÓN	INHALACIÓN	0.63MG/3ML	1	300	25
ALINIA	SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA	INHALACIÓN	1.25MG/3ML	1	300	25
ALINIA	TABLET	ORAL	100MG/5ML	2	180	25
ASMANEX 120 METERED DOSES	INHALADOR ACTIVADO POR RESPIRACIÓN	ORAL	500MG	2	6	25
ASMANEX 14 METERED DOSES	INHALADOR ACTIVADO POR RESPIRACIÓN	INHALACIÓN	220MCG/INH	2	58	25

ACETYLCYSTEINE	SOLUCIÓN PARA INHALACIÓN					
ASMANEX 30 METERED DOSES	INHALADOR ACTIVADO POR RESPIRACIÓN	INHALACIÓN	220MCG/INH	2	7	25
ASMANEX 30 METERED DOSES	INHALADOR ACTIVADO POR RESPIRACIÓN	INHALACIÓN	110MCG/INH	2	2	25
ASMANEX 60 METERED DOSES	INHALADOR ACTIVADO POR RESPIRACIÓN	INHALACIÓN	220MCG/INH	2	15	25
ASTEPRO	SOLUCIÓN	INHALACIÓN	220MCG/INH	2	29	25
ATROVENT HFA	SOLUCIÓN PARA INHALACIÓN	NASAL	0.15%	3	60	25
AZELASTINE HCL	SOLUCIÓN	INHALACIÓN	17MCG/ACT	2	26	25
BUDESONIDE	SUSPENSIÓN	NASAL	137MCG/SPRAY	1	60	25
BUDESONIDE	SUSPENSIÓN	INHALACIÓN	0.25MG/2ML	1	120	25
COMBIVENT	AEROSOL	INHALACIÓN	0.5MG/2ML	1	120	25
CROMOLYN SODIUM	SOLUCIÓN PARA NEBULIZACIÓN	INHALACIÓN	103MCG/ACT; 18MCG/ACT	2	30	25
DRONABINOL	CÁPSULA	INHALACIÓN	20MG/2ML	1	240	25
DRONABINOL	CÁPSULA	ORAL	10MG	1	60	25
DRONABINOL	CÁPSULA	ORAL	2.5MG	1	60	25
EMEND	CÁPSULA	ORAL	5MG	1	60	25
EMEND	CÁPSULA	ORAL	0	2	12	25
EMEND	CÁPSULA	ORAL	125MG	2	2	25
EMEND	CÁPSULA	ORAL	40MG	2	6	180
FLOVENT HFA	AEROSOL	ORAL	80MG	2	4	25
FLOVENT HFA	AEROSOL	INHALACIÓN	110MCG/ACT	2	24	25
FLOVENT HFA	AEROSOL	INHALACIÓN	220MCG/ACT	2	24	25
FLUNISOLIDE	SOLUCIÓN	INHALACIÓN	44MCG/ACT	2	24	25
FLUTICASONE PROPIONATE	SUSPENSIÓN	NASAL	0.03%	1	50	25
FORADIL AEROLIZER	CÁPSULA	NASAL	50MCG/ACT	1	16	25
FROVA	TABLET	INHALACIÓN	12MCG	2	60	25
GABAPENTIN	CÁPSULA	ORAL	2.5MG	3	18	25
GABAPENTIN	CÁPSULA	ORAL	100MG	1	1080	25
GABAPENTIN	CÁPSULA	ORAL	300MG	1	360	25
GABAPENTIN	TABLET	ORAL	400MG	1	270	25
GABAPENTIN	TABLET	ORAL	600MG	1	180	25
IMITREX	SOLUCIÓN	ORAL	800MG	1	120	25
IMITREX	SOLUCIÓN	NASAL	20MG/ACT	2	12	25
IPRATROPIUM BROMIDE	SOLUCIÓN	NASAL	5MG/ACT	2	12	25
IPRATROPIUM BROMIDE/ALBUTEROL SULFATE	SOLUCIÓN	INHALACIÓN	0.02%	1	315	25
LANSOPRAZOLE	CÁPSULA DE LIBERACIÓN LENTA	INHALACIÓN	2.5MG/3ML; 0.5MG/3ML	1	540	25
LANSOPRAZOLE	CÁPSULA DE LIBERACIÓN LENTA	ORAL	15MG	1	90	365
LEVALBUTEROL	SOLUCIÓN PARA NEBULIZACIÓN	ORAL	30MG	1	90	365
LUNESTA	TABLET	INHALACIÓN	1.25MG/0.5ML	1	288	25
LUNESTA	TABLET	ORAL	1MG	2	30	30
LUNESTA	TABLET	ORAL	2MG	2	30	30
LYRICA	CÁPSULA	ORAL	3MG	2	30	30
LYRICA	CÁPSULA	ORAL	100MG	2	90	25
LYRICA	CÁPSULA	ORAL	150MG	2	90	25
LYRICA	CÁPSULA	ORAL	200MG	2	90	25
LYRICA	CÁPSULA	ORAL	225MG	2	60	25

ACETYLCYSTEINE	SOLUCIÓN PARA INHALACIÓN					
LYRICA	CÁPSULA	ORAL	25MG	2	90	25
LYRICA	CÁPSULA	ORAL	300MG	2	60	25
LYRICA	CÁPSULA	ORAL	50MG	2	90	25
MAXALT	TABLET	ORAL	75MG	2	90	25
MAXALT	TABLET	ORAL	10MG	2	12	25
MAXALT-MLT	COMPRIMIDO DISPERSABLE	ORAL	5MG	2	12	25
MAXALT-MLT	COMPRIMIDO DISPERSABLE	ORAL	10MG	2	12	25
MIGRANAL	SOLUCIÓN	ORAL	5MG	2	12	25
MOZOBIL	SOLUCIÓN	NASAL	4MG/ML	2	8	25
NASACORT AQ	SOLUCIÓN PARA INHALACIÓN	INYECCIÓN	24MG/1.2ML	4	4.8	90
NASONEX	SUSPENSIÓN	NASAL	55MCG/ACT	2	17	25
NEUMEGA	SOLUCIÓN RECONSTITUIDA	NASAL	50MCG/ACT	2	34	25
NEURONTIN	SOLUCIÓN	INYECCIÓN	5MG	4	63	90
NEXIUM	CÁPSULA DE LIBERACIÓN LENTA	ORAL	250MG/5ML	2	2160	25
NEXIUM	CÁPSULA DE LIBERACIÓN LENTA	ORAL	20MG	2	90	365
NEXIUM	SOBRE	ORAL	40MG	2	90	365
NEXIUM	SOBRE	ORAL	10MG	2	90	365
NEXIUM	SOBRE	ORAL	20MG	2	90	365
OMEPRAZOLE	CÁPSULA DE LIBERACIÓN LENTA	ORAL	40MG	2	90	365
OMEPRAZOLE	CÁPSULA DE LIBERACIÓN LENTA	ORAL	10MG	1	90	365
OMEPRAZOLE	CÁPSULA DE LIBERACIÓN LENTA	ORAL	20MG	1	180	365
PROAIR HFA	SOLUCIÓN PARA INHALACIÓN	ORAL	40MG	1	90	365
PROMACTA	TABLET	INHALACIÓN	108MCG/ACT	2	18	25
PROMACTA	TABLET	ORAL	25MG	4	270	90
PROVENTIL HFA	SOLUCIÓN PARA INHALACIÓN	ORAL	50MG	4	90	90
PULMICORT	SUSPENSIÓN	INHALACIÓN	108MCG/ACT	2	14	25
PULMICORT FLEXHALER	INHALADOR ACTIVADO POR RESPIRACIÓN	INHALACIÓN	1MG/2ML	3	60	25
PULMICORT FLEXHALER	INHALADOR ACTIVADO POR RESPIRACIÓN	INHALACIÓN	180MCG/ACT	3	2	25
QVAR	SOLUCIÓN PARA INHALACIÓN	INHALACIÓN	90MCG/ACT	3	4	25
QVAR	SOLUCIÓN PARA INHALACIÓN	INHALACIÓN	40MCG/ACT	2	24	25
DISPOSITIVO DISKHALER DE RELENZA	INHALADOR ACTIVADO POR RESPIRACIÓN	INHALACIÓN	80MCG/ACT	2	24	25
RELPAX	TABLET	INHALACIÓN	5MG/AMPOLLA	2	300	365
RELPAX	TABLET	ORAL	20MG	2	12	25
RHINOCORT AQUA	SUSPENSIÓN	ORAL	40MG	2	12	25
SAMSCA	TABLET	NASAL	32MCG/ACT	3	18	25
SAMSCA	TABLET	ORAL	15MG	4	1460	365
SEREVENT DISKUS	INHALADOR ACTIVADO POR RESPIRACIÓN	ORAL	30MG	4	730	365
SPIRIVA HANDIHALER	CÁPSULA	INHALACIÓN	50MCG/DOSE	2	60	25
SUMATRIPTAN SUCCINATE	SOLUCIÓN	INHALACIÓN	18MCG	2	30	25
SUMATRIPTAN SUCCINATE	SOLUCIÓN	INYECCIÓN	4MG/0.5ML	1	4	25
SUMATRIPTAN SUCCINATE	TABLET	INYECCIÓN	6MG/0.5ML	1	5	25
SUMATRIPTAN SUCCINATE	TABLET	ORAL	100MG	1	9	25
SUMATRIPTAN SUCCINATE	TABLET	ORAL	25MG	1	9	25
SYMBICORT	AEROSOL	ORAL	50MG	1	9	25
SYMBICORT	AEROSOL	INHALACIÓN	160MCG/ACT; 4.5MCG/ACT	2	11	25

ACETYLCYSTEINE	SOLUCIÓN PARA INHALACIÓN					
VENTOLIN HFA	SOLUCIÓN PARA INHALACIÓN	INHALACIÓN	80MCG/ACT; 4.5MCG/ACT	2	11	25
XIFAXAN	TABLET	INHALACIÓN	108MCG/ACT	2	36	25
XOPENEX HFA	AEROSOL	ORAL	200MG	3	9	30
ZALEPLON	CÁPSULA	INHALACIÓN	45MCG/ACT	2	30	25
ZALEPLON	CÁPSULA	ORAL	10MG	1	30	30
ZOLPIDEM TARTRATE	TABLET	ORAL	5MG	1	30	30
ZOLPIDEM TARTRATE	TABLET	ORAL	10MG	1	30	30
ZOMIG	SOLUCIÓN	ORAL	5MG	1	30	30
ZOMIG	TABLET	NASAL	5MG	3	6	25
ZOMIG	TABLET	ORAL	2.5MG	3	6	25
ZOMIG ZMT	COMPRIMIDO DISPERSABLE	ORAL	5MG	3	6	25
ZOMIG ZMT	COMPRIMIDO DISPERSABLE	ORAL	2.5MG	3	6	25
ZYFLO CR	COMPRIMIDO DE LIBERACION PROLONGADA DE 12	ORAL	5MG	3	6	25
		ORAL	600MG	3	360	90