

MEDICAMENTOS QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN PREVIA**ACNÉ**

Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de otro modo de la Parte D. La cobertura adicional para usos no indicados en la etiqueta se brinda para queratosis folicularis (enfermedad de Darier o de Darier-White).
Criterios de exclusión	Uso en estética
Información médica requerida	
Restricciones por edad	Aprobado a partir de los 12 años de edad
Restricciones relativas al profesional que receta	
Duración de la cobertura	12 meses
Otros criterios	
Criterios de medicamentos excluidos	
Nombre(s) del/de los medicamento(s)	AVITA, RETIN-A MICRO, TRETINOÍNA

AMITIZA

Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	Embarazo, antecedentes de obstrucción mecánica gastrointestinal (p. ej.; debido a adherencias, tumores, hernias, quistes, abscesos, etc.), diarrea grave
Información médica requerida	Si la mujer tiene probabilidades de quedar embarazada, el embarazo debe excluirse mediante pruebas de embarazo en orina o en suero negativas.
Restricciones por edad	Aprobado a partir de los 18 años de edad
Restricciones relativas al profesional que receta	
Duración de la cobertura	12 meses
Otros criterios	
Criterios de medicamentos excluidos	
Nombre(s) del/de los medicamento(s)	AMITIZA

ANFETAMINAS

Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	Uso concomitante o dentro de los últimos 14 días de IMAO
Información médica requerida	Estudios del sueño para el diagnóstico de narcolepsia
Restricciones por edad	Aprobado a partir de los 3 años de edad

Restricciones relativas al profesional que receta	
Duración de la cobertura	12 meses
Otros criterios	Monitoreo de la pérdida de peso, disminución de la velocidad de crecimiento en los niños, aumento de la frecuencia cardíaca y de la presión sanguínea, aparición o empeoramiento de la conducta agresiva u hostilidad, alteraciones del sueño y beneficio a largo plazo del medicamento.
Criterios de medicamentos excluidos	
Nombre(s) del/de los medicamento(s)	ADDERALL XR, DEXTROANFETAMINA SULFATO, DEXTROANFETAMINA SULFATO ER
<u>ARANESP</u>	
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	IRC: saturación de transferrina inferior al 20% y paciente que no recibe suplementación con hierro cuando sea clínicamente adecuado. IRC y anemia en pacientes con cánceres no mieloides; nivel de hemoglobina del paciente (que no sea el resultado de una transfusión de sangre reciente) superior a 12 g/dl. Sin diagnóstico inicial de anemia (hematocrito inferior al 30% y/o hemoglobina inferior a 10 g/dl y/o sintomática con hemoglobina 10-11g/dl).
Información médica requerida	IRC: se evaluó el estado férrico del paciente (saturación de transferrina sérica). IRC y anemia por el cáncer: el nivel de hemoglobina del paciente se debe monitorear antes de la administración de cada dosis al iniciar el tratamiento, para determinar los cambios en las dosis, y a intervalos regulares cuando la dosis está estabilizada. El nivel de hemoglobina del paciente se monitoreará antes de la administración de cada dosis al iniciar el tratamiento, para determinar los cambios en las dosis, y a intervalos regulares cuando la dosis está estabilizada. La presión arterial del paciente se monitoreará durante todo el tratamiento. Se monitoreará al paciente para detectar eventos trombóticos.
Restricciones por edad	
Restricciones relativas al profesional que receta	
Duración de la cobertura	Inicio del tratamiento y/o cambios en las dosis: 6 semanas. Estable durante el tratamiento: 12 semanas.
Otros criterios	Una vez en tratamiento, en comparación con los niveles iniciales previos al tratamiento, el paciente debe presentar una respuesta clínica objetiva (p. ej.; aumento de la hemoglobina superior a 1 g/dl y/o aumento del hematocrito superior al 3%) a una dosis adecuada/aumento de la dosis y duración del tratamiento.
Criterios de medicamentos excluidos	
Nombre(s) del/de los medicamento(s)	ARANESP
<u>ARCALYST</u>	
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de otro modo de la Parte D.

Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones por edad	
Restricciones relativas al profesional que receta	
Duración de la cobertura	12 meses
Otros criterios	
Criterios de medicamentos excluidos	
Nombre(s) del/de los medicamento(s)	ARCALYST
<u>CELEBREX</u>	
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	Dolor postoperatorio después de una cirugía de revascularización, reacción tipo alérgica a la aspirina, AINE o sulfonamidas
Información médica requerida	Evaluación de la enfermedad cardiovascular o factores de riesgo para enfermedad cardiovascular
Restricciones por edad	
Restricciones relativas al profesional que receta	
Duración de la cobertura	6 meses para PAF y ARJ, 12 meses para dismenorrea, OA, AR, EA, 1 mes para dolor agudo
Otros criterios	
Criterios de medicamentos excluidos	
Nombre(s) del/de los medicamento(s)	CELEBREX
<u>CHANTIX</u>	
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	Tratamiento concomitante con Zyban, no participa en un programa conductual para dejar de fumar
Información médica requerida	
Restricciones por edad	
Restricciones relativas al profesional que receta	
Duración de la cobertura	9 meses de por vida
Otros criterios	Volver a determinar cada 3 meses la participación en el programa conductual para dejar de fumar

Criterios de medicamentos excluidos	
Nombre(s) del/de los medicamento(s)	CHANTIX
<u>FACTORES ESTIMULANTES DE COLONIAS (Leukine)</u>	
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de otro modo de la Parte D. La cobertura adicional para usos no indicados en la etiqueta se brinda para neutropenia causada por otros medicamentos, VIH/SIDA y mielodisplasia.
Criterios de exclusión	Tratamiento combinado con Neulasta, Neupogen o Leukine.
Información médica requerida	El paciente tuvo neutropenia como consecuencia de la quimioterapia previa O se considera que el paciente corre un alto riesgo de desarrollar neutropenia. Recuento absoluto de neutrófilos (RAN). Es decir, se proporciona cobertura para: SIDA/VIH cuando el RAN es inferior o igual a 500/mm ³ , mielodisplasia cuando el RAN es inferior o igual a 1000/mm ³ , neutropenia crónica severa (p. ej.; trastorno neutropénico, neutropenia cíclica) cuando el RAN es inferior o igual a 1500/mm ³ , trasplante de médula ósea cuando el RAN es inferior o igual a 1000/mm ³ , movilización/trasplante actual o posterior de células progenitoras de sangre periférica (CPSP) (p. ej.; recolección de células madre de sangre periférica) cuando el RAN es inferior o igual a 1500/mm ³ .
Restricciones por edad	
Restricciones relativas al profesional que receta	
Duración de la cobertura	12 meses
Otros criterios	
Criterios de medicamentos excluidos	
Nombre(s) del/de los medicamento(s)	LEUKINE
<u>DIFFERIN</u>	
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	Uso en estética
Información médica requerida	
Restricciones por edad	Aprobado a partir de los 12 años de edad
Restricciones relativas al profesional que receta	
Duración de la cobertura	12 meses
Otros criterios	
Criterios de medicamentos excluidos	

Nombre(s) del/de los medicamento(s)	DIFFERIN
<u>ENBREL</u>	
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	Se debe evaluar al paciente para determinar TB latente con un análisis del DPP y deben tratarse como si fueran positivos. Los pacientes se excluyen si tienen una infección activa o si están recibiendo tratamiento concomitante con un modificador de la respuesta biológica. También se debe evaluar al paciente para determinar el riesgo de hepatitis B y, si corresponde, se debe hacer un análisis.
Información médica requerida	AR/ARJ: el paciente debe presentar una respuesta inadecuada a 1 antirreumático modificador de la enfermedad (ARME) como mínimo o intolerancia a múltiples antirreumáticos modificadores de la enfermedad. Psoriasis: el paciente debe ser candidato para fototerapia. Espondilitis anquilosante: el paciente debe presentar una respuesta inadecuada a 2 AINE como mínimo o intolerancia a múltiples AINE. Si la espondilitis anquilosante es predominantemente artritis periférica, el paciente debe presentar una respuesta inadecuada o intolerancia a la sulfasalazina.
Restricciones por edad	Psoriasis: aprobado a partir de los 18 años de edad
Restricciones relativas al profesional que receta	
Duración de la cobertura	12 meses
Otros criterios	
Criterios de medicamentos excluidos	
Nombre(s) del/de los medicamento(s)	ENBREL
<u>EPO</u>	
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de otro modo de la Parte D. La cobertura adicional para usos no indicados en la etiqueta se brinda para anemia asociada con síndromes mielodisplásicos, anemia de enfermedad crónica, anemia asociada con el tratamiento de hepatitis C crónica.
Criterios de exclusión	IRC, hepatitis C, cirugía electiva, VIH/zidovudina, saturación de transferrina inferior al 20% y paciente que no recibe suplementación con hierro cuando sea clínicamente adecuado. IRC, hepatitis C, cirugía electiva, VIH/zidovudina, síndrome mielodisplásico y anemia en pacientes con cánceres no mieloides; nivel de hemoglobina del paciente (que no sea consecuencia de una transfusión de sangre reciente) superior a 12 g/dl. Sin diagnóstico inicial de anemia (hematocrito inferior al 30% y/o hemoglobina inferior a 10 g/dl y/o sintomática con hemoglobina 10-11 g/dl).

Información médica requerida	IRC, hepatitis C, cirugía electiva, VIH/zidovudina: se evaluó el estado férrico del paciente (saturación de transferrina sérica). IRC, hepatitis C, cirugía electiva, VIH/zidovudina y anemia por el cáncer: el nivel de hemoglobina del paciente se debe monitorear antes de la administración de cada dosis al iniciar el tratamiento, para determinar los cambios en las dosis y a intervalos regulares cuando la dosis está estabilizada. El nivel de hemoglobina del paciente se monitoreará antes de la administración de cada dosis al iniciar el tratamiento, para determinar los cambios en las dosis, y a intervalos regulares cuando la dosis está estabilizada. La presión arterial del paciente se monitoreará durante todo el tratamiento. Se monitoreará al paciente para detectar eventos trombóticos.
Restricciones por edad	
Restricciones relativas al profesional que receta	
Duración de la cobertura	Inicio del tratamiento y/o cambios en las dosis: 6 semanas. Estable durante el tratamiento: 12 semanas.
Otros criterios	Una vez en tratamiento, en comparación con los niveles iniciales previos al tratamiento, el paciente debe presentar una respuesta clínica objetiva (p. ej.; aumento de la hemoglobina superior a 1 g/dl y/o aumento del hematocrito superior al 3%) a una dosis adecuada/aumento de la dosis y duración del tratamiento.
Criterios de medicamentos excluidos	
Nombre(s) del/de los medicamento(s)	EPOGEN, PROCRIT
<u>HORMONA DE CRECIMIENTO</u>	
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de otro modo de la Parte D. La cobertura adicional para usos no indicados en la etiqueta se brinda para deficiencia de la hormona de crecimientos en adultos, retraso del crecimiento en niños pequeños para la edad gestacional o con retraso del crecimiento intrauterino, talla baja idiopática, deficiencia de la hormona de crecimiento asociada con el síndrome de Turner, retraso del crecimiento secundario a insuficiencia renal crónica/insuficiencia en niños que no han recibido un trasplante renal, talla baja asociada con el síndrome de Noonan, síndrome de intestino corto y tratamiento del síndrome Prader-Willi.
Criterios de exclusión	No se proporciona cobertura para el retraso constitucional del crecimiento.

Información médica requerida	Para niños con deficiencia de la hormona de crecimiento: la talla del paciente debe ser inferior al tercer percentil para su talla con relación a la edad y el sexo, velocidad de crecimiento subnormal superior o igual a 2 desviaciones estándar de la media con relación a la edad, maduración ósea superior o igual a 2 desviaciones estándar por debajo de la media con relación a la edad/el sexo, epífisis confirmadas como abiertas en pacientes de 10 años de edad o mayores, deficiencia de la hormona de crecimiento confirmada por 2 pruebas de estimulación O por los niveles del factor de crecimiento insulínico tipo 1 (IGF-1), también conocido como somatomedina C o de la proteína 3 de unión al IGF (IGFBP-3), o debe ocurrir una respuesta de crecimiento superior o igual a 4.5 cm/año (fase de crecimiento prepuberal) o superior o igual a 2.5 cm/año (postpuberal) para la continuación de la cobertura. Para talla baja idiopática: la talla debe ser inferior o igual a - 2.25 desviaciones estándar de la media y las epífisis deben ser confirmadas como abiertas en pacientes de 10 años de edad o mayores. Se proporciona cobertura
Restricciones por edad	A partir de los 7 años en el caso de niños con talla baja idiopática
Restricciones relativas al profesional que receta	Endocrinólogo pediátrico para talla baja idiopática
Duración de la cobertura	1 mes para síndrome de intestino corto, 12 meses para otras indicaciones
Otros criterios	
Criterios de medicamentos excluidos	
Nombre(s) del/de los medicamento(s)	GENOTROPIN, HUMATROPE, NORDITROPIN, NUTROPIN, NUTROPIN AQ, SAIZEN
<u>HUMIRA</u>	
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	Los pacientes se excluyen si tienen una infección activa o si están recibiendo tratamiento concomitante con un modificador de la respuesta biológica.
Información médica requerida	Se debe evaluar al paciente para determinar TB latente con un análisis del DPP y deben tratarse como si fueran positivos. También se debe evaluar al paciente para determinar el riesgo de hepatitis B y, si corresponde, se debe hacer un análisis.
Restricciones por edad	Artritis reumatoide, artritis psoriásica, espondilitis anquilosante, enfermedad de Crohn, psoriasis en placa: aprobado a partir de los 18 años
Restricciones relativas al profesional que receta	
Duración de la cobertura	12 meses
Otros criterios	AR/AIJ: el paciente debe presentar una respuesta inadecuada a 1 antirreumático modificador de la enfermedad (ARME) como mínimo o intolerancia a múltiples antirreumáticos modificadores de la enfermedad. Psoriasis: el paciente debe ser candidato para tratamiento sistémico o fototerapia. Espondilitis anquilosante: el paciente debe presentar una respuesta inadecuada a 2 AINE como mínimo o intolerancia a múltiples AINE. Si la espondilitis anquilosante es predominantemente artritis periférica, el paciente debe presentar una respuesta inadecuada o intolerancia a la sulfasalazina. Enfermedad de Crohn: el paciente debe presentar una respuesta inadecuada al tratamiento convencional o a Remicade.

Criterios de medicamentos excluidos	
Nombre(s) del/de los medicamento(s)	HUMIRA
<u>INCRELEX</u>	
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	No se proporciona cobertura en el caso de: tratamiento concomitante con hormona de crecimiento o dosis farmacológicas de corticoesteroides
Información médica requerida	El puntaje de desviación estándar de la talla del paciente debe ser inferior o igual a 3.0 Y el puntaje de IGF-1 inicial debe estar por debajo de los límites inferiores de lo normal para el laboratorio que comunica el informe Y el paciente debe tener niveles normales o elevados de hormona de crecimiento (excepto los pacientes con delección del gen de la hormona de crecimiento) Y las epífisis deben ser confirmadas como abiertas en pacientes de 10 años de edad o mayores.
Restricciones por edad	
Restricciones relativas al profesional que receta	Se proporciona cobertura en situaciones en las que el endocrinólogo diagnostica la deficiencia de IGF-1.
Duración de la cobertura	12 meses
Otros criterios	
Criterios de medicamentos excluidos	
Nombre(s) del/de los medicamento(s)	INCRELEX
<u>INFERGEN</u>	
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	El paciente debe tener enfermedad hepática compensada con niveles detectables en suero del ARN del virus de la hepatitis C.
Restricciones por edad	
Restricciones relativas al profesional que receta	
Duración de la cobertura	Entre 3 y 9 meses dependiendo del genotipo y del tratamiento inicial versus de renovación
Otros criterios	Disminución de 2 unidades logarítmicas en la carga viral para las renovaciones
Criterios de medicamentos excluidos	
Nombre(s) del/de los medicamento(s)	INFERGEN
<u>ITRACONAZOL</u>	

Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de otro modo de la Parte D. La cobertura adicional para usos no indicados en la etiqueta se brinda para pitiriasis versicolor, tiña corporal, tiña inguinal, tiña del pie, cromomicosis, coccidioidomicosis, candidiasis mucocutánea crónica, criptococosis, meningitis criptocócica, leishmaniasis, paracoccidioidomicosis, paroniquia, <i>Penicillium marneffe</i> , neumonía fúngica y septicemia, esporotricosis diseminada, tiña de la mano, candidiasis vulvovaginal.
Criterios de exclusión	Sólo para onicomicosis: insuficiencia cardíaca congestiva, antecedentes de insuficiencia cardíaca congestiva, prueba de disfunción ventricular izquierda
Información médica requerida	Pruebas de la función hepática, prueba para el diagnóstico de la micosis (p. ej.; preparación de hidróxido de potasio, cultivo fúngico o biopsia de la uña)
Restricciones por edad	
Restricciones relativas al profesional que receta	
Duración de la cobertura	1, 2, 3 o 6 meses dependiendo del diagnóstico (consulte la duración en paréntesis en Usos cubiertos)
Otros criterios	
Criterios de medicamentos excluidos	
Nombre(s) del/de los medicamento(s)	ITRACONAZOL
<u>LETAIRIS</u>	
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	Hipertensión arterial pulmonar grupos II, III, IV o V según criterio de la OMS. Si la mujer tiene probabilidades de quedar embarazada, el embarazo debe excluirse y se debe aconsejar a la paciente que utilice más de un método anticonceptivo.
Información médica requerida	Hemoglobina y hematocrito, prueba mensual de embarazo negativa si la mujer tiene probabilidades de quedar embarazada
Restricciones por edad	
Restricciones relativas al profesional que receta	
Duración de la cobertura	12 meses
Otros criterios	
Criterios de medicamentos excluidos	
Nombre(s) del/de los medicamento(s)	LETAIRIS
<u>LOVAZA</u>	
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	

Restricciones por edad	
Restricciones relativas al profesional que receta	
Duración de la cobertura	12 meses
Otros criterios	
Criterios de medicamentos excluidos	
Nombre(s) del/de los medicamento(s)	LOVAZA
<u>METILFENIDATOS</u>	
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	Uso concomitante o dentro de los últimos 14 días de IMAO
Información médica requerida	Estudios del sueño para el diagnóstico de narcolepsia
Restricciones por edad	Aprobado a partir de los 6 años de edad
Restricciones relativas al profesional que receta	
Duración de la cobertura	12 meses
Otros criterios	Monitoreo de la pérdida de peso, disminución de la velocidad de crecimiento en los niños, aumento de la frecuencia cardíaca y de la presión sanguínea, apariencia o empeoramiento de la conducta agresiva u hostilidad, alteraciones del sueño y beneficio a largo plazo del medicamento.
Criterios de medicamentos excluidos	
Nombre(s) del/de los medicamento(s)	CONCERTA, METADATE CD, METHYLIN, METHYLIN ER, METILFENIDATO HCL, RITALIN LA
<u>NEULASTA</u>	
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	Tratamiento con Neulasta dentro de los últimos 14 días. Tratamiento de la neutropenia afebril aguda
Información médica requerida	Monitoreo actual y periódico del recuento de glóbulos blancos al inicio y durante el tratamiento
Restricciones por edad	
Restricciones relativas al profesional que receta	
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	La administración de Neulasta se retrasará un mínimo de 24 horas después de la administración de quimioterapia citotóxica.
Criterios de medicamentos excluidos	

Nombre(s) del/de los medicamento(s)	NEULASTA
<u>NEUMEGA</u>	
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	El paciente ha tenido trombocitopenia grave (p. ej., recuento plaquetario inferior o igual a 20,000/mcL) causada por una quimioterapia anterior O se considera que el paciente corre un alto riesgo de desarrollar trombocitopenia grave.
Restricciones por edad	
Restricciones relativas al profesional que receta	
Duración de la cobertura	12 meses
Otros criterios	
Criterios de medicamentos excluidos	
Nombre(s) del/de los medicamento(s)	NEUMEGA
<u>NEUTRÓFILO (NEUPOGEN)</u>	
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	Tratamiento de la neutropenia afebril aguda. Los pacientes que no tienen un alto riesgo de presentar complicaciones asociadas con infección o que no tienen factores pronósticos que predicen malos resultados clínicos.
Información médica requerida	Monitoreo actual y periódico del recuento de glóbulos blancos al inicio y durante el tratamiento.
Restricciones por edad	
Restricciones relativas al profesional que receta	
Duración de la cobertura	3 meses
Otros criterios	El tratamiento deberá suspenderse en caso de leucocitosis excesiva.
Criterios de medicamentos excluidos	
Nombre(s) del/de los medicamento(s)	NEUPOGEN
<u>OCTREOTIDE</u>	
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones por edad	

Restricciones relativas al profesional que receta	
Duración de la cobertura	12 meses
Otros criterios	
Criterios de medicamentos excluidos	
Nombre(s) del/de los medicamento(s)	OCTREOTIDE
<u>OSTEOPOROSIS (FORTEO)</u>	
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	Enfermedad de Paget, elevación idiopática de la fosfatasa alcalina, epífisis abiertas, cáncer óseo o cáncer que hizo metástasis al hueso, antecedentes de cáncer de mama, radioterapia previa del esqueleto, hipercalcemia, tratamiento con Forteo durante 24 meses o más, tratamiento concomitante con bifosfonatos durante el tratamiento con Forteo
Información médica requerida	
Restricciones por edad	
Restricciones relativas al profesional que receta	
Duración de la cobertura	12 meses
Otros criterios	Para el diagnóstico de osteoporosis primaria u osteoporosis hipogonadal, la paciente debe tener al menos uno de los siguientes factores: antecedentes de fracturas osteoporóticas, múltiples factores de riesgo para fracturas O no responde o no tolera el tratamiento tradicional para la osteoporosis.
Criterios de medicamentos excluidos	
Nombre(s) del/de los medicamento(s)	FORTEO
<u>PEGASYS</u>	
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Para la hepatitis C crónica, el paciente debe tener enfermedad hepática compensada con niveles detectables en suero del ARN del virus de la hepatitis C. Para la hepatitis B crónica, el paciente debe tener un marcador sérico positivo para la replicación del VHB, niveles persistentemente elevados de aminotransferasa dos veces más altos que el límite superior normal o signos de hepatitis B crónica en la biopsia de hígado, o cirrosis hepática según los datos radiológicos o clínicos, o complicaciones extrahepáticas.
Restricciones por edad	
Restricciones relativas al profesional que receta	
Duración de la cobertura	Hepatitis C crónica: 3 a 9 meses. Hepatitis B crónica: 12 meses.

Otros criterios	Para la hepatitis C crónica, el paciente debe tener una disminución de 2 unidades logarítmicas en la carga viral para las renovaciones.
Criterios de medicamentos excluidos	
Nombre(s) del/de los medicamento(s)	PEGASYS
<u>PEGINTRON</u>	
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	El paciente debe tener enfermedad hepática compensada con niveles detectables en suero del ARN del virus de la hepatitis C.
Restricciones por edad	
Restricciones relativas al profesional que receta	
Duración de la cobertura	Entre 3 y 9 meses dependiendo del genotipo y del tratamiento inicial versus de renovación
Otros criterios	Disminución de 2 unidades logarítmicas en la carga viral para las renovaciones
Criterios de medicamentos excluidos	
Nombre(s) del/de los medicamento(s)	PEGINTRON
<u>PROMACTA</u>	
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	No se proporciona cobertura cuando se utiliza en combinación con Nplate.
Información médica requerida	Se proporciona renovación para los pacientes que siguen presentando una respuesta al tratamiento (por ejemplo, aumento del recuento plaquetario).
Restricciones por edad	
Restricciones relativas al profesional que receta	
Duración de la cobertura	12 meses
Otros criterios	Los pacientes han tenido una respuesta inadecuado o han presentado intolerancia al tratamiento con corticoesteroides, inmunoglobulinas o esplenotomía.
Criterios de medicamentos excluidos	
Nombre(s) del/de los medicamento(s)	PROMACTA
<u>PROVIGIL</u>	
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	

Información médica requerida	Si el diagnóstico de narcolepsia requiere polisomnografía, si el diagnóstico del síndrome de apnea/hipopnea obstructiva del sueño requiere polisomnografía y si el paciente usa presión positiva continua en las vías respiratorias
Restricciones por edad	
Restricciones relativas al profesional que receta	
Duración de la cobertura	12 meses
Otros criterios	
Criterios de medicamentos excluidos	
Nombre(s) del/de los medicamento(s)	PROVIGIL
<u>HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR</u>	
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	Tratamiento concomitante con nitratos. HAP asociada con cualquiera de los siguientes factores: cardiopatía izquierda, enfermedad trombótica crónica, enfermedad embólica, compresión de los vasos pulmonares, neumopatías, hipoxemia, sarcoidosis
Información médica requerida	
Restricciones por edad	
Restricciones relativas al profesional que receta	
Duración de la cobertura	12 meses
Otros criterios	
Criterios de medicamentos excluidos	
Nombre(s) del/de los medicamento(s)	REVATIO
<u>RELISTOR</u>	
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones por edad	
Restricciones relativas al profesional que receta	
Duración de la cobertura	12 meses
Otros criterios	
Criterios de medicamentos excluidos	

Nombre(s) del/de los medicamento(s)	RELISTOR
<u>REMICADE</u>	
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de otro modo de la Parte D. La cobertura adicional para usos no indicados en la etiqueta se brinda para artritis reactiva, artritis de la enfermedad inflamatoria intestinal.
Criterios de exclusión	Los pacientes se excluyen si tienen una infección activa o ICC moderada a grave.
Información médica requerida	Se debe evaluar al paciente para determinar TB latente con un análisis del DPP y deben tratarse como si fueran positivos. También se debe evaluar al paciente para determinar el riesgo de hepatitis B y, si corresponde, se debe hacer un análisis.
Restricciones por edad	
Restricciones relativas al profesional que receta	
Duración de la cobertura	12 meses
Otros criterios	AR: el paciente debe presentar una respuesta inadecuada a 1 antirreumático modificador de la enfermedad (ARME) como mínimo o intolerancia a múltiples antirreumáticos modificadores de la enfermedad. Remicade debe utilizarse en combinación con metotrexato. Enfermedad de Crohn: el paciente debe presentar una respuesta inadecuada a 2 agentes de primera línea como mínimo, a menos que el paciente tenga múltiples fístulas rectovaginales o enterocutáneas con supuración. Colitis ulcerosa: el paciente debe presentar una respuesta inadecuada a 2 agentes de primera línea como mínimo, como glucocorticoesteroides o productos 5-ASA orales o rectales. Espondilitis anquilosante: el paciente debe presentar una respuesta inadecuada a 2 AINE como mínimo o intolerancia a múltiples AINE. Si la espondilitis anquilosante es predominantemente artritis periférica, el paciente debe presentar una respuesta inadecuada o intolerancia a la sulfasalazina. Psoriasis: el paciente debe ser candidato para tratamiento sistémico o fototerapia. Artritis reactiva: el paciente debe presentar una respuesta inadecuada a
Criterios de medicamentos excluidos	
Nombre(s) del/de los medicamento(s)	REMICADE
<u>REVLIMID</u>	
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	Embarazo
Información médica requerida	Si la mujer tiene probabilidades de quedar embarazada, el embarazo debe excluirse por 2 pruebas de embarazo en orina o en suero negativas. Para mieloma múltiple (MM): requerimiento de tratamiento combinado con dexametasona y al menos un tratamiento previo para MM. Para síndrome mielodisplásico: diagnóstico de anemia debido a síndrome mielodisplásico de riesgo bajo a intermedio 1 asociado con una anomalía citogenética de delección 5q, dependiente de transfusión
Restricciones por edad	
Restricciones relativas al profesional que receta	

Duración de la cobertura	12 meses
Otros criterios	Instrucción sobre la importancia y la utilización correcta de los métodos anticonceptivos adecuados. Monitoreo periódico de hemograma completo.
Criterios de medicamentos excluidos	
Nombre(s) del/de los medicamento(s)	REVLIMID
<u>RIBAVIRINA</u>	
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	Antecedentes de cardiopatía inestable, hemoglobina inferior a 8.5, eliminación de creatinina inferior a 50, embarazo, hemoglobinopatía.
Información médica requerida	El paciente debe tener niveles detectables en suero del ARN del VHC y recibir tratamiento concomitante con un producto interferón alfa.
Restricciones por edad	
Restricciones relativas al profesional que receta	
Duración de la cobertura	Entre 4 y 8 meses dependiendo del genotipo y del tratamiento inicial versus de renovación
Otros criterios	Disminución de 2 unidades logarítmicas en la carga viral para las renovaciones
Criterios de medicamentos excluidos	
Nombre(s) del/de los medicamento(s)	REBETOL, RIBAVIRINA, RIBAPAK, RIBASPHERE
<u>RITUXAN</u>	
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de otro modo de la Parte D. La cobertura adicional para usos no indicados en la etiqueta se brinda para leucemia linfocítica crónica (LLC), púrpura trombocitopénica inmunitaria, macroglobulinemia de Waldenstrom.
Criterios de exclusión	El profesional que extiende la receta no ha evaluado el riesgo del paciente de infección latente de la hepatitis B y, si se indica, se hicieron análisis para detectar infección latente de la hepatitis B antes del inicio o la continuación del tratamiento con Rituxan.
Información médica requerida	
Restricciones por edad	Aprobado a partir de los 18 años de edad
Restricciones relativas al profesional que receta	
Duración de la cobertura	AR: 1 mes; otros diagnósticos: 12 meses
Otros criterios	Evaluar el riesgo del paciente de infección latente de la hepatitis B
Criterios de medicamentos excluidos	
Nombre(s) del/de los medicamento(s)	RITUXAN
<u>SANDOSTATIN LAR</u>	

Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	El paciente recibió tratamiento previo con sandostatin inyectable (no en forma de liberación lenta) y el tratamiento fue eficaz y tolerado.
Restricciones por edad	
Restricciones relativas al profesional que receta	
Duración de la cobertura	12 meses
Otros criterios	
Criterios de medicamentos excluidos	
Nombre(s) del/de los medicamento(s)	SANDOSTATIN LAR
<u>SENSIPAR</u>	
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de otro modo de la Parte D. La cobertura adicional para usos no indicados en la etiqueta se brinda para la normalización del calcio sérico y la disminución de los niveles de la hormona paratiroides en hiperparatiroidismo primario.
Criterios de exclusión	Hiperparatiroidismo primario: función hepática inaceptable y concentración plasmática de la hormona paratiroidea inferior a 45 pg/ml.
Información médica requerida	Nivel plasmático de la hormona paratiroidea.
Restricciones por edad	
Restricciones relativas al profesional que receta	
Duración de la cobertura	12 meses
Otros criterios	Durante el tratamiento, se monitorearon los niveles séricos de calcio, fósforo y hormona paratiroidea intacta del paciente. Para hiperparatiroidismo primario: el paciente no es candidato a cirugía o se le practicó paratiroidectomía de mal resultado. Para ERC: recibe tratamientos periódicos de diálisis.
Criterios de medicamentos excluidos	
Nombre(s) del/de los medicamento(s)	SENSIPAR
<u>SOMATULINE DEPOT</u>	
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones por edad	

Restricciones relativas al profesional que receta	
Duración de la cobertura	12 meses
Otros criterios	La cirugía ni la radioterapia constituyen una opción terapéutica para el paciente o éste ha presentado una respuesta inadecuada a la cirugía y/o la radioterapia.
Criterios de medicamentos excluidos	
Nombre(s) del/de los medicamento(s)	SOMATULINE DEPOT
<u>SOMAVERT</u>	
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones por edad	
Restricciones relativas al profesional que receta	
Duración de la cobertura	12 meses
Otros criterios	Se proporciona cobertura cuando los pacientes han presentado una respuesta inadecuada a la cirugía, la radiación u otros tratamientos médicos o en situaciones en las que el paciente no es candidato para otros tratamientos.
Criterios de medicamentos excluidos	
Nombre(s) del/de los medicamento(s)	SOMAVERT
<u>ESTEROIDES ANABÓLICOS</u>	
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones por edad	
Restricciones relativas al profesional que receta	
Duración de la cobertura	6 meses
Otros criterios	
Criterios de medicamentos excluidos	
Nombre(s) del/de los medicamento(s)	OXANDROLONA
<u>TERBINAFINA</u>	

Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Pruebas de la función hepática, prueba para el diagnóstico de la micosis (p. ej.; preparación de hidróxido de potasio, cultivo fúngico positivo o biopsia de la uña)
Restricciones por edad	
Restricciones relativas al profesional que receta	
Duración de la cobertura	Uñas de las manos solamente: 2 meses; con compromiso de uñas del pie: 3 meses
Otros criterios	
Criterios de medicamentos excluidos	
Nombre(s) del/de los medicamento(s)	TERBINAFINA
<u>TESTOSTERONAS</u>	
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	Mujeres, cáncer de próstata, cáncer de seno
Información médica requerida	Antes del comienzo del tratamiento con testosterona, el paciente tiene (o actualmente tiene) un nivel bajo confirmado de testosterona (esto es, testosterona total inferior a 300 ng/dl, libre o biodisponible, testosterona inferior a 5 ng/dl) o ausencia de testosterona endógena.
Restricciones por edad	
Restricciones relativas al profesional que receta	
Duración de la cobertura	12 meses
Otros criterios	
Criterios de medicamentos excluidos	
Nombre(s) del/de los medicamento(s)	ANDRODERM, ANDROGEL, TESTIM
<u>THALOMID</u>	
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de otro modo de la Parte D. La cobertura adicional para usos no indicados en la etiqueta se brinda para enfermedad de Crohn, aftas en presencia de VIH o SIDA, cáncer de próstata, melanoma maligno, mielofibrosis y síndromes mielodisplásicos.
Criterios de exclusión	Embarazo
Información médica requerida	Si la mujer tiene probabilidades de quedar embarazada, el embarazo debe excluirse por 2 pruebas de embarazo en orina o en suero negativas. Para mieloma múltiple (MM): requerimiento de tratamiento combinado con dexametasona. Para eritema nodoso leproso con neuritis moderada a grave: se proporciona en situaciones en las que los corticoesteroides se utilizan concomitantemente con talidomida.
Restricciones por edad	

Restricciones relativas al profesional que receta	
Duración de la cobertura	12 meses
Otros criterios	Instrucción sobre la importancia y la utilización correcta de los métodos anticonceptivos adecuados.
Criterios de medicamentos excluidos	
Nombre(s) del/de los medicamento(s)	THALOMID
<u>TÓPICOS-ÚLCERAS</u>	
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	Neoplasma en el lugar deseado de aplicación, infección activa de la herida no controlada mediante tratamiento activo
Información médica requerida	Tamaño de las úlceras después de 10 semanas de tratamiento, si la úlcera recibe irrigación sanguínea suficiente, si la úlcera se extiende a tejidos subcutáneos o más profundos
Restricciones por edad	
Restricciones relativas al profesional que receta	
Duración de la cobertura	3 meses, luego 2 meses más al momento de la renovación
Otros criterios	
Criterios de medicamentos excluidos	
Nombre(s) del/de los medicamento(s)	REGRANEX
<u>TRACLEER</u>	
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de otro modo de la Parte D. La cobertura adicional para usos no indicados en la etiqueta se brinda para síndrome de Eisenmenger e hipertensión arterial pulmonar clase funcional II según criterio de la OMS.
Criterios de exclusión	El paciente actualmente utiliza ciclosporina A o gliburida. Hipertensión arterial pulmonar grupos II, III, IV o V según criterio de la OMS. Si la mujer tiene probabilidades de quedar embarazada, el embarazo debe excluirse y se debe aconsejar a la paciente que utilice más de un método anticonceptivo.
Información médica requerida	Niveles de aminotransferasas (AST, ALT). Niveles de hemoglobina. Confirmación de embarazo o no en las mujeres con probabilidades de quedar embarazadas.
Restricciones por edad	
Restricciones relativas al profesional que receta	
Duración de la cobertura	12 meses
Otros criterios	Se monitorean los niveles de hemoglobina del pacientes después de uno y tres meses de tratamiento y, posteriormente, cada tres meses durante el tratamiento.

Criterios de medicamentos excluidos	
Nombre(s) del/de los medicamento(s)	TRACLEER
<u>XIFAXAN</u>	
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	
Restricciones por edad	
Restricciones relativas al profesional que receta	
Duración de la cobertura	12 meses
Otros criterios	
Criterios de medicamentos excluidos	
Nombre(s) del/de los medicamento(s)	XIFAXAN
<u>XYREM</u>	
Usos cubiertos	Todas las indicaciones aprobadas por la FDA que no estén excluidas de otro modo de la Parte D.
Criterios de exclusión	
Información médica requerida	Estudios del sueño para confirmar el diagnóstico
Restricciones por edad	Aprobado a partir de los 16 años de edad
Restricciones relativas al profesional que receta	
Duración de la cobertura	3 meses
Otros criterios	Distribución limitada, se requieren registros y educación para el médico y el paciente. Suministro de no más de 3 meses para no más de 9 gramos por día.
Criterios de medicamentos excluidos	
Nombre(s) del/de los medicamento(s)	XYREM

Los siguientes medicamentos pueden estar cubiertos por Medicare Parte B o D, lo que dependerá de las circunstancias. Es posible que, para tomar una determinación, sea necesario presentar información en la que se describan el uso y el entorno de administración del medicamento.	
Nombre del medicamento	Vía de administración/Forma farmacéutica
ACETILCISTEÍNA	SOLUCIÓN PARA INHALACIÓN
ALBUTEROL SULFATO	SOLUCIÓN PARA INHALACIÓN Y NEBULIZACIÓN

AZASAN	COMPRIMIDO ORAL
AZATIOPRINA	COMPRIMIDO ORAL
AZATIOPRINA SÓDICA	SOLUCIÓN INYECTABLE RECONSTITUIDA
CELLCEPT	SUSPENSIÓN ORAL RECONSTITUIDA
GONADOTROPINA CORIÓNIC	SOLUCIÓN INYECTABLE RECONSTITUIDA
COLISTIMETATO SÓDICO	SOLUCIÓN INYECTABLE RECONSTITUIDA
CROMOLÍN SÓDICO	SOLUCIÓN PARA INHALACIÓN Y NEBULIZACIÓN
CICLOFOSFAMIDA	COMPRIMIDO ORAL
CICLOSPORINA	CÁPSULA ORAL
CICLOSPORINA MODIFICADA	CÁPSULA ORAL
CICLOSPORINA MODIFICADA	SOLUCIÓN ORAL
DECAVAC	INYECTABLE
TOXOIDE DIFTÉRICO/TETÁNICO PEDIÁTRICO	INYECTABLE
EMEND	CÁPSULA ORAL
EMEND	MISCELÁNEA ORAL
ENGERIX-B	INYECTABLE
ENGERIX-B	SUSPENSIÓN INYECTABLE
GAMMAGARD LÍQUIDO	SOLUCIÓN INYECTABLE
GAMUNEX	SOLUCIÓN INYECTABLE
GENGRAF	CÁPSULA ORAL
GENGRAF	SOLUCIÓN ORAL
GRANISETRON HCL	COMPRIMIDO ORAL
GRANISOL	SOLUCIÓN ORAL
IPRATROPIO BROMURO	SOLUCIÓN PARA INHALACIÓN
IPRATROPIO BROMURO/ALBUTEROL SULFATO	SOLUCIÓN PARA INHALACIÓN
LEVALBUTEROL	SOLUCIÓN PARA INHALACIÓN Y NEBULIZACIÓN
MICOFENOLATO MOFETIL	CÁPSULA ORAL
MICOFENOLATO MOFETIL	COMPRIMIDO ORAL
MYFORTIC	COMPRIMIDO ORAL DE LIBERACIÓN RETARDADA
NEORAL	CÁPSULA ORAL
NEORAL	SOLUCIÓN ORAL
ONDANSETRÓN HCL	SOLUCIÓN ORAL
ONDANSETRÓN HCL	COMPRIMIDO ORAL
ONDANSETRÓN ODT	COMPRIMIDO ORAL DISPERSABLE

PROGRAF	CÁPSULA ORAL
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
ANTITETÁNICA ABSORBIDA	SOLUCIÓN INYECTABLE
TOXOIDE TETÁNICO/DIFTÉRICO ADSORBIDO, PARA ADULTOS	SUSPENSIÓN INYECTABLE
TOBI	SOLUCIÓN PARA INHALACIÓN Y NEBULIZACIÓN
VENTAVIS	SOLUCIÓN PARA INHALACIÓN
XOPENEX	SOLUCIÓN PARA INHALACIÓN Y NEBULIZACIÓN

<u>Medicamentos para tratamiento escalonado</u>		
Descripción del grupo de tratamiento escalonado	Secuencia del tratamiento escalonado	Criterios para el tratamiento escalonado
<u>Tratamiento escalonado con Kapidex</u>	Paso 1: OMEPRAZOL Paso 2: KAPIDEX	Los medicamentos
<u>INMUNOSUPRESORES TÓPICOS</u>	Paso 1: BETAMETASONA DIPROPIONATO AUMENTADO, BETA-VAL, BETAMETASONA DIPROPIONATO, BETAMETASONA VALERATO, CLOBETASOL PROPIONATO, CLOBETASOL PROPIONATO E, CORDRAN, CORDRAN TAPE, DEL-BETA, DERMA-SMOOTH/FS ACEITE PARA EL CUERPO, DESOXIMETASONA, DIFLORASONA DIACETATO, FLUOCINOLONA ACETONIDA, FLUOCINONIDA, FLUOCINONIDA BASE EMOLIENTE, FLUTICASONA PROPIONATO, HALOBETASOL PROPIONATO, HIDROCORTISONA BUTIRATO, HIDROCORTISONA VALERATO, KENALOG, LUXIQ, MOMETASONA FUROATO, TRIAMCINOLONA ACETONIDA o TRIDERM Paso 2: ELIDEL o PROTOPIC	Para el grupo de tratamiento escalonado con INMUNOSUPRESORES tópicos, el paso 1 incluye corticoesteroides tópicos de potencia media, alta potencia y muy alta

MEDICAMENTOS CON LÍMITES DE CANTIDAD

Nombre del medicamento	Forma farmacéutica	Vía de administración	Concentración	Nivel de categoría	Límite de cantidad	Días de límite de cantidad
ADVAIR DISKUS	MISCELÁNEA	INHALACIÓN	100MCG/DOSIS; 50MCG/DOSIS	2	60	25
ADVAIR DISKUS	MISCELÁNEA	INHALACIÓN	250MCG/DOSIS; 50MCG/DOSIS	2	60	25
ADVAIR DISKUS	MISCELÁNEA	INHALACIÓN	500MCG/DOSIS; 50MCG/DOSIS	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
ADVAIR HFA	AEROSOL	INHALACIÓN	45MCG/ACT; 21MCG/ACT	2	12	25
ALBUTEROL SULFATO	SOLUCIÓN PARA NEBULIZACIÓN	INHALACIÓN	0.083%	1	300	25
ALBUTEROL SULFATO	SOLUCIÓN PARA NEBULIZACIÓN	INHALACIÓN	0.5%	1	60	25
ALBUTEROL SULFATO	SOLUCIÓN PARA NEBULIZACIÓN	INHALACIÓN	0.63MG/3ML	1	300	25
ALBUTEROL SULFATO	SOLUCIÓN PARA NEBULIZACIÓN	INHALACIÓN	1.25MG/3ML	1	300	25
ALINIA	SUSPENSIÓN RECONSTITUIDA	ORAL	100MG/5ML	2	180	25
ALINIA	COMPRIMIDO	ORAL	500MG	2	6	25
ASMANEX, 120 DOSIS MEDIDAS	POLVO EN AEROSOL ACTIVADO POR EL ALIENTO	INHALACIÓN	220MCG/INH	2	58	25
ASMANEX, 14 DOSIS MEDIDAS	POLVO EN AEROSOL ACTIVADO POR EL ALIENTO	INHALACIÓN	220MCG/INH	2	7	25
ASMANEX, 30 DOSIS MEDIDAS	POLVO EN AEROSOL ACTIVADO POR EL ALIENTO	INHALACIÓN	220MCG/INH	2	15	25
ASMANEX, 60 DOSIS MEDIDAS	POLVO EN AEROSOL ACTIVADO POR EL ALIENTO	INHALACIÓN	220MCG/INH	2	29	25
ASTELIN	SOLUCIÓN	NASAL	137MCG/SPRAY	2	60	25
ASTEPRO	SOLUCIÓN	NASAL	137MCG/SPRAY	3	60	25
ATROVENT HFA	SOLUCIÓN AEROSOL	INHALACIÓN	17MCG/ACT	2	26	25
AZMACORT	SOLUCIÓN AEROSOL	INHALACIÓN	75MCG/ACT	2	40	25
COMBIVENT	AEROSOL	INHALACIÓN	103MCG/ACT; 18MCG/ACT	2	30	25
CROMOLÍN SÓDICO	SOLUCIÓN PARA NEBULIZACIÓN	INHALACIÓN	20MG/2 ML	1	240	25
DRONABINOL	CÁPSULA	ORAL	10MG	1	60	25
DRONABINOL	CÁPSULA	ORAL	2.5MG	1	60	25
DRONABINOL	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
EMEND	CÁPSULA	ORAL	80MG	2	4	25
FLOVENT HFA	AEROSOL	INHALACIÓN	110MCG/ACT	2	24	25
FLOVENT HFA	AEROSOL	INHALACIÓN	220MCG/ACT	2	24	25
FLOVENT HFA	AEROSOL	INHALACIÓN	44MCG/ACT	2	24	25
FLUNISOLIDA	SOLUCIÓN	NASAL	0.025%	1	50	25
FLUTICASONA PROPIONATO	SUSPENSIÓN	NASAL	50MCG/ACT	1	16	25
FORADIL AEROLIZER	CÁPSULA	INHALACIÓN	12MCG	2	60	25
FROVA	COMPRIMIDO	ORAL	2.5MG	3	18	25
GABAPENTINA	CÁPSULA	ORAL	100MG	1	1080	25
GABAPENTINA	CÁPSULA	ORAL	300MG	1	360	25
GABAPENTINA	CÁPSULA	ORAL	400MG	1	270	25
GABAPENTINA	COMPRIMIDO	ORAL	600MG	1	180	25
GABAPENTINA	COMPRIMIDO	ORAL	800MG	1	120	25
IMITREX	SOLUCIÓN	NASAL	20MG/ACT	2	12	25
IMITREX	SOLUCIÓN	NASAL	5MG/ACT	2	12	25
IMITREX STATDOSE REFILL	KIT	INYECTABLE	6MG/0.5ML	2	4	25
IPRATROPIO BROMURO	SOLUCIÓN	INHALACIÓN	0.02%	1	315	25
IPRATROPIO BROMURO/ALBUTEROL SULFATO	SOLUCIÓN	INHALACIÓN	2.5MG/3 ML; 0.5MG/3 ML	1	540	25
KAPIDEX	CÁPSULA DE LIBERACIÓN RETARDADA	ORAL	30MG	3	90	365
KAPIDEX	CÁPSULA DE LIBERACIÓN RETARDADA	ORAL	60MG	3	90	365
LANSOPRAZOL	CÁPSULA DE LIBERACIÓN RETARDADA	ORAL	15MG	1	90	365
LANSOPRAZOL	CÁPSULA DE LIBERACIÓN RETARDADA	ORAL	30MG	1	90	365
LEVALBUTEROL	SOLUCIÓN PARA NEBULIZACIÓN	INHALACIÓN	1.25MG/3ML	1	288	25
LUNESTA	COMPRIMIDO	ORAL	1MG	2	30	30
LUNESTA	COMPRIMIDO	ORAL	2MG	2	30	30
LUNESTA	COMPRIMIDO	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
LYRICA	CÁPSULA	ORAL	25MG	2	90	25
LYRICA	CÁPSULA	ORAL	300MG	2	60	25
LYRICA	CÁPSULA	ORAL	50MG	2	90	25
LYRICA	CÁPSULA	ORAL	75MG	2	90	25
MAXALT	COMPRIMIDO	ORAL	10MG	2	12	25
MAXALT	COMPRIMIDO	ORAL	5MG	2	12	25
MAXALT-MLT	COMPRIMIDO DISPERSABLE	ORAL	10MG	2	12	25

MAXALT-MLT	COMPRIMIDO DISPERSABLE	ORAL	5MG	2	12	25
MIGRANAL	SOLUCIÓN	NASAL	4MG/ML	2	8	25
NASACORT AQ	SOLUCIÓN AEROSOL	NASAL	55MCG/ACT	2	17	25
NASONEX	SUSPENSIÓN	NASAL	50MCG/ACT	2	34	25
NEUMEGA	SOLUCIÓN RECONSTITUIDA	INYECTABLE	5MG	4	63	90
NEURONTIN	SOLUCIÓN	ORAL	250MG/5ML	2	2160	25
NEXIUM	CÁPSULA DE LIBERACIÓN RETARDADA	ORAL	20MG	2	90	365
NEXIUM	CÁPSULA DE LIBERACIÓN RETARDADA	ORAL	40MG	2	90	365
NEXIUM	PAQUETE	ORAL	10MG	2	90	365
NEXIUM	PAQUETE	ORAL	20MG	2	90	365
NEXIUM	PAQUETE	ORAL	40MG	2	90	365
OMEPRAZOL	CÁPSULA DE LIBERACIÓN RETARDADA	ORAL	10MG	1	90	365
OMEPRAZOL	CÁPSULA DE LIBERACIÓN RETARDADA	ORAL	20MG	1	180	365
OMEPRAZOL	CÁPSULA DE LIBERACIÓN RETARDADA	ORAL	40MG	1	90	365
PROAIR HFA	SOLUCIÓN AEROSOL	INHALACIÓN	108MCG/ACT	2	18	25
PROMACTA	COMPRIMIDO	ORAL	25MG	4	270	90
PROMACTA	COMPRIMIDO	ORAL	50MG	4	90	90
PROVENTIL HFA	SOLUCIÓN AEROSOL	INHALACIÓN	108MCG/ACT	2	14	25
PULMICORT	SUSPENSIÓN	INHALACIÓN	0.25MG/2ML	3	120	25
PULMICORT	SUSPENSIÓN	INHALACIÓN	0.5MG/2ML	3	120	25
PULMICORT	SUSPENSIÓN	INHALACIÓN	1MG/2ML	3	60	25
PULMICORT FLEXHALER	POLVO EN AEROSOL ACTIVADO POR EL ALIENTO	INHALACIÓN	180MCG/ACT	3	2	25
PULMICORT FLEXHALER	POLVO EN AEROSOL ACTIVADO POR EL ALIENTO	INHALACIÓN	90MCG/ACT	3	4	25
QVAR	SOLUCIÓN AEROSOL	INHALACIÓN	40MCG/ACT	2	24	25
QVAR	SOLUCIÓN AEROSOL	INHALACIÓN	80MCG/ACT	2	24	25
RELENZA DISKHALER	POLVO EN AEROSOL ACTIVADO POR EL ALIENTO	INHALACIÓN	5MG/BLISTER	2	280	365
RELPAX	COMPRIMIDO	ORAL	20MG	2	12	25
RELPAX	COMPRIMIDO	ORAL	40MG	2	12	25
RHINOCORT AQUA	SUSPENSIÓN	NASAL	32MCG/ACT	3	18	25
SAMSCA	COMPRIMIDO	ORAL	15MG	4	10	180
SAMSCA	COMPRIMIDO	ORAL	30MG	4	10	180
SEREVENT DISKUS	POLVO EN AEROSOL ACTIVADO POR EL ALIENTO	INHALACIÓN	50MCG/DOSIS	2	60	25
SPIRIVA HANDIHALER	CÁPSULA	INHALACIÓN	18MCG	2	30	25
SUMATRIPTAN SUCCINATO	SOLUCIÓN	INYECTABLE	4MG/0.5ML	1	4	25
SUMATRIPTAN SUCCINATO	SOLUCIÓN	INYECTABLE	6MG/0.5ML	1	5	25
SUMATRIPTAN SUCCINATO	COMPRIMIDO	ORAL	100MG	1	9	25
SUMATRIPTAN SUCCINATO	COMPRIMIDO	ORAL	25MG	1	9	25
SUMATRIPTAN SUCCINATO	COMPRIMIDO	ORAL	50MG	1	9	25

SYMBICORT	AEROSOL	INHALACIÓN	160MCG/ACT; 4.5MCG/ACT	2	11	25
SYMBICORT	AEROSOL	INHALACIÓN	80MCG/ACT; 4.5MCG/ACT	2	11	25
XIFAXAN	COMPRIMIDO	ORAL	200MG	3	9	30
XOPENEX	SOLUCIÓN PARA NEBULIZACIÓN	INHALACIÓN	0.31MG/3ML	2	288	25
XOPENEX	SOLUCIÓN PARA NEBULIZACIÓN	INHALACIÓN	0.63MG/3ML	2	288	25
XOPENEX	SOLUCIÓN PARA NEBULIZACIÓN	INHALACIÓN	1.25 MG/3ML	2	288	25
XOPENEX HFA	AEROSOL	INHALACIÓN	45MCG/ACT	2	30	25
ZALEPLON	CÁPSULA	ORAL	10MG	1	30	30
ZALEPLON	CÁPSULA	ORAL	5MG	1	30	30
ZOLPIDEM TARTRATO	COMPRIMIDO	ORAL	10MG	1	30	30
ZOLPIDEM TARTRATO	COMPRIMIDO	ORAL	5MG	1	30	30
ZOMIG	SOLUCIÓN	NASAL	5MG	3	6	25
ZOMIG	COMPRIMIDO	ORAL	2.5MG	3	6	25
ZOMIG	COMPRIMIDO	ORAL	5MG	3	6	25
ZOMIG ZMT	COMPRIMIDO DISPERSABLE	ORAL	2.5MG	3	6	25
ZOMIG ZMT	COMPRIMIDO DISPERSABLE	ORAL	5MG	3	6	25
ZYFLO CR	COMPRIMIDO DE LIBERACIÓN PROLONGADA 12 HORAS	ORAL	600MG	3	360	90