

****Descargo de responsabilidad****

La cobertura del medicamento o producto está sujeta al estado del formulario. Un medicamento o producto mencionado en las presentes políticas podría no estar cubierto por su plan. Consulte la porción del plan correspondiente a los beneficios mejorados de su plan para determinar cuáles son los medicamentos cubiertos por su plan y que, en consecuencia, están sujetos a las siguientes políticas. Adicionalmente, las listas de productos preferentes y los programas correspondientes (es decir, el requisito de probar el producto preferente y que no funcione) dentro de las políticas en el presente documento no aplican para la cobertura del beneficio mejorado.

**BREXAFEMME
(ibrexafungerp)**

Las pacientes que hayan surtido al menos un suministro de 1 día de fluconazol en los últimos 30 días están exentas de estos requisitos de Autorización Previa (AP).

Pre - Asignación de PA

Ninguna

Requisitos de aprobación previa

Las pacientes que hayan surtido al menos un suministro de 1 día de fluconazol en los últimos 30 días están exentas de estos requisitos de Autorización Previa (AP).

Edad 18 años de edad o más **O** después del inicio de la menstruación.

Diagnósticos

La paciente debe tener **UNO** de lo siguiente:

1. Candidiasis vulvovaginal (VVC)
2. Candidiasis vulvovaginal recurrente (RVVC)
 - a. Se utiliza para reducir la incidencia de RVVC

Y TODO lo siguiente:

1. Respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia o contraindicación al fluconazol
2. **NO** se utiliza en un baño de pies
3. Mujeres con potencial reproductivo **únicamente**: se aconsejará a la paciente que utilice métodos anticonceptivos eficaces durante el tratamiento con Brexafemme y durante los 4 días siguientes a la última dosis

Límites de aprobación previa

Indicación	Cantidad	Duración
Candidiasis vulvovaginal (VVC)	4 comprimidos	7 días
Candidiasis vulvovaginal recurrente (RVVC)	12 comprimidos por 90 días	6 meses

Requisitos de *renovación* de aprobación previa



**BREXAFEMME
(ibrexafungerp)**

Cada solicitud de autorización previa (AP) para la candidiasis vulvovaginal (VVC) se considera inicio de tratamiento debido a la naturaleza aguda de la infección

Edad 18 años de edad o más **O** después del inicio de la menstruación.

Diagnóstico

La paciente debe tener lo siguiente:

1. Candidiasis vulvovaginal recurrente (RVVC)
 - a. Se utiliza para reducir la incidencia de RVVC

Y TODO lo siguiente:

1. El profesional que emite la receta ha determinado que la paciente se beneficiará de 6 meses adicionales de tratamiento para la prevención de la RVVC.
2. **NO** se utiliza en un baño de pies
3. Mujeres con potencial reproductivo **únicamente**: se aconsejará a la paciente que utilice métodos anticonceptivos eficaces durante el tratamiento con Brexafemme y durante los 4 días siguientes a la última dosis

Límites de *renovación de aprobación previa*

Cada solicitud de autorización previa (AP) para la candidiasis vulvovaginal (VVC) se considera inicio de tratamiento debido a la naturaleza aguda de la infección

Indicación	Cantidad	Duración
Candidiasis vulvovaginal recurrente (RVVC)	12 comprimidos por 90 días	6 meses (UNA renovación solamente)



MONITORES CONTINUOS DE GLUCOSA (CGM) Y SUMINISTROS

Dexcom G6, Dexcom G7, Freestyle Libre 14 días, Freestyle Libre 2, Freestyle Libre 3

Consulte el beneficio de equipos médicos duraderos (DME) para la cobertura de todos los demás monitores y suministros CGM.

Pre - Asignación de PA

Ninguna

Requisitos de aprobación previa

*Los pacientes que hayan surtido al menos un suministro acumulativo ≥ 84 días de una sola insulina, una inyección de agonista del péptido-1 similar al glucagón (GLP-1) indicada para el tratamiento de la diabetes mellitus, o una inyección combinada de insulina/GLP-1 **O** hayan surtido suministros de CGM/CGM en los últimos 180 días están exentos de estos requisitos de Autorización Previa (PA) hasta los límites de cantidad de PA.*

Diagnósticos

El paciente debe tener **UNO** de lo siguiente:

1. Diabetes Mellitus Tipo 1
2. Diabetes Mellitus Tipo 2 **Y TODO** lo siguiente:
 - a. Insulino y/o agonista GLP-1 dependiente con **UNA** de las siguientes:
 - i. > 3 inyecciones de insulina al día
 - ii. Tratamiento con bomba de insulina con ajustes frecuentes de la dosis durante > 6 meses
 - iii. Inyecciones de agonistas del GLP-1, con o sin insulina (véase el Apéndice 1)
 - b. La diabetes no está controlada Y el paciente tiene documentada una frecuencia media de autoanálisis de glucosa de al menos 5 veces al día durante los dos meses anteriores.
 - c. HbA1c $> 7,0\%$ **O** episodios hipoglucémicos frecuentes.
 - d. El paciente ha completado un programa integral de educación sobre la diabetes.
 - e. El paciente compartirá las lecturas del dispositivo con su médico o profesional de salud como parte del control general de la diabetes.
 - f. **SIN** terapia dual con tiras reactivas de glucosa en sangre en cantidades de Autorización Previa (AP).

Límites de aprobación previa

Cantidad

Criterios clínicos del FEP respecto a monitores/suministros de CGM



MONITORES CONTINUOS DE GLUCOSA (CGM) Y SUMINISTROS

Dexcom G6, Dexcom G7, Freestyle Libre 14 días, Freestyle Libre 2, Freestyle Libre 3

Consulte el beneficio de equipos médicos duraderos (DME) para la cobertura de todos los demás monitores y suministros CGM.

Sistema	Límite de cantidad
Freestyle Libre 14 días	1 monitor* por 365 días* Y 6 sensores por 84 días
Freestyle Libre 2	
Freestyle Libre 3	
Dexcom G6	1 monitor* por 365 días* Y 9 sensores por 90 días Y 1 transmisor* por 90 días
Dexcom G7	

**No todos los sistemas requieren cada componente mencionado en esta política. Consulte la documentación suministrada con el sistema elegido para conocer los componentes específicos necesarios.*

Duración 12 meses

Requisitos de *renovación* de aprobación previa

Diagnósticos

El paciente debe tener **UNO** de lo siguiente:

1. Diabetes Mellitus Tipo 1
2. Diabetes Mellitus Tipo 2

Y lo siguiente para **TODOS** los diagnósticos:

1. **SIN** terapia dual con tiras reactivas de glucosa en sangre en cantidades de Autorización Previa (AP).

Límites de *renovación* de aprobación previa

Igual que arriba



MONITORES CONTINUOS DE GLUCOSA (CGM) Y SUMINISTROS

Dexcom G6, Dexcom G7, Freestyle Libre 14 días, Freestyle Libre 2, Freestyle Libre 3

Consulte el beneficio de equipos médicos duraderos (DME) para la cobertura de todos los demás monitores y suministros CGM.

Apéndice 1 -

Agonistas inyectables del receptor GLP-1 indicados para el tratamiento de la diabetes mellitus

Nombre genérico	Marca
Dulaglutida	Trulicity
Exenatida	Byetta
Exenatida ER	Bydureon, Bydureon BCise
Insulina Degludec y Liraglutida	Xultophy
Insulina Glargina y Lixisenatida	Soliqua
Liraglutida	Victoza
Lixisenatida	Adlyxin
Semaglutida	Ozempic
Tirzepatida	Mounjaro

PRESERVATIVOS

Preservativos externos (masculinos), preservativo femenino FC2

Pre - Asignación de PA

Cantidad 48 preservativos de uso interno **O** externo por 90 días

Requisitos de aprobación previa

Diagnóstico

El paciente debe tener lo siguiente:

1. El paciente tiene una necesidad clínica de más de 48 preservativos en 90 días, como aumento de la actividad sexual, rotura del preservativo, etc.

Límites de aprobación previa

Cantidad 96 preservativos de uso interno o externo por 90 días

Duración 12 meses

Requisitos de *renovación* de aprobación previa

Igual que arriba

Límites de *renovación* de aprobación previa

Igual que arriba

TIRAS REACTIVAS PARA CONTROL DE DIABETES

Pre - Asignación de PA

Cantidad 6 tiras reactivas por día

Requisitos de aprobación previa

Diagnóstico

El paciente debe tener lo siguiente:

Diabetes

Y se debe suministrar **TODO lo siguiente:**

- 1) Instrucciones de uso
- 2) Cantidad necesaria para 90 días
- 3) Motivos por los cuales hay que medir > 6 veces por día
- 4) No hay tratamiento dual con monitores continuos de glucosa (CGM) y/o suministros para monitores continuos de glucosa

Límites de aprobación previa

Cantidad Hasta 918 tiras reactivas cada 90 días

Duración 6 meses en caso de diabetes gestacional
1 año para otros tipos de diabetes

Requisitos de *renovación* de aprobación previa

Igual que arriba

Límites de *renovación* de aprobación previa

Igual que arriba

DERIVADOS DEL ÁCIDO HIALURÓNICO

Durolane, Euflexxa, **GelSyn-3**, GenVisc 850, **Hyalgan**, Hialuronato sódico, **Supartz**, Synjoynt, Triluron, TriVisc, Visco-3 (hialuronato sódico).

Gel-ONE, Hymovis, Monovisc, Orthovisc (hialuronano)

Synvisc, Synvisc-One (hylan G-F 20)

Los medicamentos en letras negritas son los productos preferidos para las reclamaciones adjudicadas a través del beneficio farmacéutico.

Pre - Asignación de PA

Ninguna

Requisitos de aprobación previa

Edad 18 años o más (22 años o más para Synvisc, Synvisc-One y TriVisc).

Diagnóstico

El paciente debe tener lo siguiente:

Osteoartritis de rodilla

Y TODO lo siguiente:

1. Respuesta inadecuada a **DOS** o más de los siguientes tratamientos conservadores no farmacológicos:
 - a. Actividad cardiovascular (aeróbica), como: caminar, montar en bicicleta, bicicleta estática, ejercicio acuático
 - b. Ejercicio de resistencia
 - c. Reducción de peso (para personas con sobrepeso)
 - d. Participación en programas de autocontrol
 - e. Desgaste del vendaje rotuliano dirigido medialmente
 - f. Desgaste de las plantillas con cuña
 - g. Agentes térmicos
 - h. Andadores
 - i. Fisioterapia
 - j. Terapia ocupacional

2. Respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación a **DOS** o más de los siguientes:
 - a. Acetaminofén
 - b. Antiinflamatorios no esteroideos (NSAID) orales

DERIVADOS DEL ÁCIDO HIALURÓNICO

Durolane, Euflexxa, **GelSyn-3**, GenVisc 850, **Hyalgan**, Hialuronato sódico, **Supartz**, Synjoynt, Triluron, TriVisc, Visco-3 (hialuronato sódico).

Gel-ONE, Hymovis, Monovisc, Orthovisc (hialuronano)

Synvisc, Synvisc-One (hylan G-F 20)

Los medicamentos en letras negritas son los productos preferidos para las reclamaciones adjudicadas a través del beneficio farmacéutico.

c. Antiinflamatorios no esteroideos (NSAID) tópicos

3. Respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación a las inyecciones intraarticulares de esteroides en las que la eficacia duró menos de 8 semanas.
4. Confirmación radiológica de la puntuación de la escala de Kellgren-Lawrence de grado 2 o superior.
5. **SIN** tratamiento dual con otro ácido hialurónico inyectable.
6. **Sólo medicamentos no preferentes:** El paciente **DEBE** haber probado al menos **DOS** de los productos preferentes si es adjudicado mediante los beneficios de farmacia a menos que tenga una excepción médica válida (por ejemplo, respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia, contraindicación).

Límites de aprobación previa

Duración 12 meses

Cantidad Un ciclo de tratamiento para cada rodilla.

Requisitos de *renovación* de aprobación previa

Edad 18 años o más (22 años o más para Synvisc, Synvisc-One y TriVisc).

Diagnóstico

El paciente debe tener lo siguiente:

Osteoartritis de rodilla

Y **TODO** lo siguiente:

1. Documentación de la mejoría del dolor con el tratamiento anterior



DERIVADOS DEL ÁCIDO HIALURÓNICO

Durolane, Euflexxa, **GelSyn-3**, GenVisc 850, **Hyalgan**, Hialuronato sódico, **Supartz**, Synjoynt, Triluron, TriVisc, Visco-3 (hialuronato sódico).

Gel-ONE, Hymovis, Monovisc, Orthovisc (hialuronano)

Synvisc, Synvisc-One (hylan G-F 20)

Los medicamentos en letras negritas son los productos preferidos para las reclamaciones adjudicadas a través del beneficio farmacéutico.

2. Han transcurrido al menos 12 meses desde la última inyección del ciclo de tratamiento anterior
3. Documentación de reducción de la dosis de antiinflamatorios no esteroideos (NSAID) u otros analgésicos durante el periodo de 12 meses posterior a la última inyección del ciclo de tratamiento anterior.
4. **SIN** tratamiento dual con otro ácido hialurónico inyectable
5. **Sólo medicamentos no preferentes:** El paciente **DEBE** haber probado al menos **DOS** de los productos preferentes si es adjudicado mediante los beneficios de farmacia a menos que tenga una excepción médica válida (por ejemplo, respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia, contraindicación).

Límites de *renovación* de aprobación previa

Igual que arriba



MEDICAMENTOS OPIOIDES PARA LA TOS

Codeína con fenilefrina y prometazina Codeína con prometazina

Suspensión de liberación prolongada de hidrocodona polistirex y clorfeniramina polistirex

Hydromet/Hycodan (bitartrato de hidrocodona, homatropina)

Comprimidos de liberación prolongada (ER) de Tuxarin

Asignación previa a la autorización

Edad 12 años de edad o más

Cantidad

Nombre del medicamento	Límite de cantidad*	Duración
Codeína con fenilefrina y prometazina	420 mL	30 días
Codeína con prometazina		
Hydromet/Hycodan (bitartrato de hidrocodona, homatropina)		
Suspensión de liberación prolongada de hidrocodona polistirex y clorfeniramina polistirex	140 mL	30 días
Comprimidos de Hycodan (bitartrato de hidrocodona, homatropina)	84 comprimidos	30 días
Comprimidos de liberación prolongada (ER) de Tuxarin (codeína, clorfeniramina)	28 comprimidos	30 días

* Los límites de cantidad responden a la dosis máxima diaria detallada en el prospecto suficiente para 14 días de tratamiento. Si la tos requiere un tratamiento más prolongado que 14 días en un período de 30 días, se rechazará la autorización previa.

Requisitos para la aprobación previa

La autorización previa no será necesaria si el médico que receta es un oncólogo o si el miembro pagó reclamaciones de farmacia para medicamento(s) oncológico(s) en los últimos 6 meses.

Diagnósticos

El paciente debe presentar **UNO** de los siguientes:

1. Tos
 - a. 18 años de edad o más
 - b. **SIN** tratamiento doble con analgésico(s) opioide(s)
 - c. Otras opciones de tratamiento alternativo resultaron ineficaces, no fueron toleradas o fueron inadecuadas para controlar la tos del paciente



MEDICAMENTOS OPIOIDES PARA LA TOS

Codeína con fenilefrina y prometazina Codeína con prometazina

Suspensión de liberación prolongada de hidrocodona polistirex y clorfeniramina polistirex

Hydromet/Hycodan (bitartrato de hidrocodona, homatropina)

Comprimidos de liberación prolongada (ER) de Tuxarin

- i. Se incluyen: medicamentos de venta libre (dextrometorfano) y medicamentos recetados (benzonatato)
- d. El emisor de la receta acepta evaluar al paciente para detectar síndrome de la serotonina (consultar el Apéndice 1)
- e. **SIN** tratamiento doble con terapias para la adicción a los opioides o metadona
- f. **SIN** tratamiento doble con benzodiacepina(s) para tratar la ansiedad
 - i. Alprazolam (Xanax)
 - ii. Clonazepam (Klonopin)
 - iii. Diazepam (Valium)
 - iv. Lorazepam (Ativan)
 - v. Oxazepam (Serax)
 - vi. Clordiazepóxido (Librium)
 - vii. Clorazepato dipotásico (Tranxene)

2. Tos relacionada con el cáncer o su tratamiento

Límites previos a la aprobación

Cantidad

Nombre del medicamento	Cantidad Límite*	Duración
Codeína con fenilefrina y prometazina	900 mL	30 días
Codeína con prometazina	900 mL	30 días
Suspensión de liberación prolongada de hidrocodona polistirex y clorfeniramina polistirex	300 mL	30 días
Hydromet/Hycodan (bitartrato de hidrocodona, homatropina)	900 mL	30 días
Comprimidos de Hycodan (bitartrato de hidrocodona, homatropina)	180 comprimidos	30 días
Comprimidos de liberación prolongada (ER) de Tuxarin (codeína, clorfeniramina)	60 comprimidos	30 días

*Quedan exceptuados de estos límites de cantidad aquellos pacientes que presenten tos relacionada con el cáncer o su tratamiento, quienes recibirán una duración de 12 meses



MEDICAMENTOS OPIOIDES PARA LA TOS

Codeína con fenilefrina y prometazina Codeína con prometazina

Suspensión de liberación prolongada de hidrocodona polistirex y clorfeniramina polistirex

Hydromet/Hycodan (bitartrato de hidrocodona, homatropina)

Comprimidos de liberación prolongada (ER) de Tuxarin

Requisitos de *renovación* previos a la aprobación

Igual que el anterior

Límites de *renovación* previos a la aprobación

Igual que el anterior

Apéndice 1 - Lista de medicamentos serotoninérgicos

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI)

paroxetina	Paxil, Paxil CR, Pexeva, Brisdelle
fluvoxamina	Luvox, Luvox CR
fluoxetina	Prozac, Prozac Weekly, Sarafem, Selfemra, Symbyax
sertralina	Zoloft
citalopram	Celexa
escitalopram	Lexapro

Inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina (SNRI)

venlafaxina	Effexor XR
desvenlafaxina	Pristiq, Khedezla
duloxetina	Cymbalta
milnacipran	Savella

Antidepresivos tricíclicos (TCA)

amitriptilina	En este momento no se comercializa bajo ningún nombre comercial
desipramina	Norpramin
clomipramina	Anafranil
imipramina	Tofranil, Tofranil PM
nortriptilina	Pamelor, Aventyl
protriptilina	Vivactil
doxepina	Zonalon, Silenor
trimipramina	Surmontil

Inhibidores de la monoaminoxidasa (MAOI)

isocarboxazida	Marplan
fenelzina	Nardil
selegilina	Emsam, Eldepryl, Zelapar



MEDICAMENTOS OPIOIDES PARA LA TOS

Codeína con fenilefrina y prometazina Codeína con prometazina

Suspensión de liberación prolongada de hidrocodona polistirex y clorfeniramina polistirex

Hydromet/Hycodan (bitartrato de hidrocodona, homatropina)

Comprimidos de liberación prolongada (ER) de Tuxarin

tranilcipromina	Parnate
-----------------	---------

Otros medicamentos psiquiátricos

amoxapina	En este momento no se comercializa bajo ningún nombre comercial
maprotilina	En este momento no se comercializa bajo ningún nombre comercial
nefazodona	En este momento no se comercializa bajo ningún nombre comercial
trazodona	Oleptro
busipirona	En este momento no se comercializa bajo ningún nombre comercial
vilazodona	Viibryd
mirtazapina	Remeron, Remeron Soltab
litio	Lithobid

Medicamentos para la migraña

almotriptan	Axert
frovatriptan	Frova
naratriptan	Amerge
rizatriptan	Maxalt, Maxalt-MLT
sumatriptan	Imitrex, Imitrex Statdose, Alsuma, Sumavel Dosepro, Zecuity, Treximet
zolmitriptan	Zomig, Zomig-ZMT

Antieméticos

ondansetron	Zofran, Zofran ODT, Zuplenz
granisetron	Kytril, Sancuso
dolasetron	Anzemet
palonosetron	Aloxi

Otros medicamentos serotoninérgicos

dextrometorfano	Bromfed-DM, Delsym, Mucinex DM, Nuedexta
linezolid	Zyvox
ciclobenzaprina	Amrix
azul de metileno	
Hierba de San Juan	
triptofano	



**BlueCross
BlueShield**

Federal Employee Program.

TEMODAR EN CÁPSULAS (temozolomida)

La inyección de Temodar no está incluida en esta política

Pre - Asignación de PA

Ninguna

Requisitos de aprobación previa

Diagnósticos

El paciente debe tener **UNO** de lo siguiente:

1. Glioblastoma multiforme (GBM)
2. Astrocitoma

Y lo siguiente para **TODOS** los diagnósticos:

- a. El paciente **DEBE** haber probado el producto preferente (genérico de Temodar: temozolomida) a menos que tenga una excepción médica válida (por ejemplo, respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia, contraindicación).

Límites de aprobación previa

Duración 12 meses

Requisitos de *renovación* de aprobación previa

Igual que arriba

Límites de *renovación* de aprobación previa

Igual que arriba

UPNEEQ
(clorhidrato de oximetazolina, solución oftálmica)

Pre - Asignación de PA

Ninguna

Requisitos de aprobación previa

Edad El paciente tiene 18 años de edad o más

Diagnóstico

El paciente debe tener **TODO** lo siguiente:

1. Blefaroptosis adquirida (párpado caído)
 - a. Afección que afecta al campo visual
 - b. Receta o recomendación de un oftalmólogo
 - c. El recetante se compromete a advertir al paciente de los signos y síntomas del glaucoma agudo de ángulo cerrado y a buscar atención médica si es necesario.
 - d. **NO** es exclusivamente para uso cosmético

Límites de aprobación previa

Cantidad 90 envases de un solo uso

Duración 3 meses

Requisitos de *renovación* de aprobación previa

Edad El paciente tiene 18 años de edad o más

Diagnóstico

El paciente debe tener **TODO** lo siguiente:

1. Blefaroptosis adquirida (párpado caído)
 - a. El paciente ha presentado una mejoría de los síntomas (por ejemplo, mejora del campo visual).
 - b. Receta o recomendación de un oftalmólogo
 - c. El recetante se compromete a advertir al paciente de los signos y síntomas del glaucoma agudo de ángulo cerrado y a buscar atención médica si es necesario.
 - d. **NO** es exclusivamente para uso cosmético



**BlueCross
BlueShield**

Federal Employee Program.

UPNEEQ

(clorhidrato de oximetazolina, solución oftálmica)

Límites de *renovación* de aprobación previa

Cantidad 90 envases de un solo uso por 90 días.

Duración 12 meses

MEDICAMENTOS PARA ADELGAZAR

**Adipex-P* (fentermina), Lomaira (fentermina), fentermina
Benzfetamina
Contrave (naltrexona y bupropión)
Dietilpropión
Fendimetracina
Plenity* (carboximetilcelulosa-celulosa-ácido cítrico)
Qsymia (fentermina Y topiramato de liberación prolongada)
Xenical (orlistat)**

*La autorización previa para la formulación de marca sólo se aplica a las excepciones al formulario por tratarse de un medicamento no cubierto.

Pre - Asignación de PA

Ninguna

Requisitos de aprobación previa

*La autorización previa para *Adipex-P y *Plenity sólo se aplica a las excepciones al formulario por tratarse de un medicamento no cubierto.*

Edad

17 años de edad o más: *Adipex-P, Contrave, dietilpropión, Lomaira, fendimetrazina en cápsulas, fentermina, Plenity

12 años de edad o más: benzfetamina, fendimetrazina en comprimidos, Qsymia, Xenical

Diagnóstico

El paciente lo debe estar utilizando para lo siguiente:

Control del peso crónico

Y TODO lo siguiente:

1. El paciente cumple **UNO** de los siguientes criterios:
 - a. Mayor de 18 años, debe tener **UNA** de las siguientes:
 - i. Índice de masa corporal (IMC) ≥ 30 kg/m².
 - ii. Índice de masa corporal (IMC) ≥ 27 kg/m² **Y UNO** de los siguientes:
 1. El paciente presenta una enfermedad cardiovascular establecida (por ejemplo, enfermedad cardíaca congénita, enfermedad cerebrovascular, enfermedad arterial periférica, enfermedad cardíaca coronaria, síndrome coronario agudo (ACS), infarto de miocardio (MI), angina de pecho inestable, revascularización coronaria o de otra arteria, o intervención coronaria percutánea/cirugía de bypass coronario previas)

MEDICAMENTOS PARA ADELGAZAR

Adipex-P* (fentermina), Lomaira (fentermina), fentermina
Benzfetamina
Contrave (naltrexona y bupropión)
Dietilpropión
Fendimetracina
Plenity* (carboximetilcelulosa-celulosa-ácido cítrico)
Qsymia (fentermina Y topiramato de liberación prolongada)
Xenical (orlistat)

*La autorización previa para la formulación de marca sólo se aplica a las excepciones al formulario por tratarse de un medicamento no cubierto.

2. El paciente presenta al menos una afección comórbida relacionada con el peso (por ejemplo, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia o hipertensión).
 - b. De 12 a 17 años **SOLAMENTE**: Índice de masa corporal (IMC) $\geq 95^{\circ}$ del percentil para su edad.
2. El paciente ha participado en un programa integral para control de peso (por ejemplo, Teladoc u otro programa para control de peso).
3. **SIN** tratamiento dual con otro medicamento de Autorización Previa (PA) para la pérdida de peso (ver Apéndice 1).

Límites de aprobación previa

Cantidad

Medicamento	Límite de cantidad
Benzfetamina	270 comprimidos por 90 días O
Contrave	360 comprimidos por 90 días O
Diethylpropion 25mg	270 comprimidos por 90 días O
Diethylpropion 75mg	90 comprimidos por 90 días O
Lomaira	270 comprimidos por 90 días O
Phendimetrazine 35mg	270 comprimidos por 90 días O
Phendimetrazine 105mg	90 cápsulas por 90 días O
Fentermina	90 unidades por 90 días O
Qsymia	90 cápsulas por 90 días O
Xenical	270 cápsulas por 90 días O

Medicamento <u>solo con excepción aprobada en el formulario</u>	Límite de cantidad
Adipex-P	90 unidades por 90 días O
Plenity	504 cápsulas por 84 días

MEDICAMENTOS PARA ADELGAZAR

**Adipex-P* (fentermina), Lomaira (fentermina), fentermina
Benzfetamina
Contrave (naltrexona y bupropión)
Dietilpropión
Fendimetrazina
Plenity* (carboximetilcelulosa-celulosa-ácido cítrico)
Qsymia (fentermina Y topiramato de liberación prolongada)
Xenical (orlistat)**

*La autorización previa para la formulación de marca sólo se aplica a las excepciones al formulario por tratarse de un medicamento no cubierto.

Duración 6 meses

Requisitos de *renovación* de aprobación previa

*La autorización previa para *Adipex-P y *Plenity sólo se aplica a las excepciones al formulario por tratarse de un medicamento no cubierto.*

Edad

17 años de edad o más: *Adipex-P, Contrave, dietilpropión, Lomaira, fendimetrazina en cápsulas, fentermina, Plenity

12 años de edad o más: benzfetamina, fendimetrazina en comprimidos, Qsymia, Xenical

Diagnóstico

El paciente lo debe estar utilizando para lo siguiente:

Control del peso crónico

Y TODO lo siguiente:

1. Mayor de 18 años **SOLAMENTE:** El paciente perdió al menos el 5 por ciento del peso corporal inicial O el paciente ha continuado manteniendo su pérdida de peso inicial del 5 por ciento.
2. De 12 a 17 años **SOLAMENTE:** El paciente ha mantenido una pérdida de peso clínicamente significativa
3. El paciente ha participado en un programa integral para control de peso (por ejemplo, Teladoc u otro programa para control de peso).
4. **SIN** tratamiento dual con otro medicamento de Autorización Previa (PA) para la pérdida de peso (ver Apéndice 1).

Límites de *renovación* de aprobación previa**Cantidad**

Medicamento	Límite de cantidad
Benzfetamina	270 comprimidos por 90 días O
Contrave	360 comprimidos por 90 días O

MEDICAMENTOS PARA ADELGAZAR

Adipex-P* (fentermina), Lomaira (fentermina), fentermina
Benzfetamina
Contrave (naltrexona y bupropión)
Dietilpropión
Fendimetracina
Plenity* (carboximetilcelulosa-celulosa-ácido cítrico)
Qsymia (fentermina Y topiramato de liberación prolongada)
Xenical (orlistat)

*La autorización previa para la formulación de marca sólo se aplica a las excepciones al formulario por tratarse de un medicamento no cubierto.

Diethylpropion 25mg	270 comprimidos por 90 días O
Diethylpropion 75mg	90 comprimidos por 90 días O
Lomaira	270 comprimidos por 90 días O
Phendimetrazine 35mg	270 comprimidos por 90 días O
Phendimetrazine 105mg	90 cápsulas por 90 días O
Fentermina	90 unidades por 90 días O
Qsymia	90 cápsulas por 90 días O
Xenical	270 cápsulas por 90 días O

Medicamento <u>solo con excepción aprobada en el formulario</u>	Límite de cantidad
Adipex-P	90 unidades por 90 días O
Plenity	504 cápsulas por 84 días

Duración 12 meses



MEDICAMENTOS PARA ADELGAZAR

Adipex-P* (fentermina), Lomaira (fentermina), fentermina

Benzfetamina

Contrave (naltrexona y bupropión)

Dietilpropión

Fendimetracina

Plenity* (carboximetilcelulosa-celulosa-ácido cítrico)

Qsymia (fentermina Y topiramato de liberación prolongada)

Xenical (orlistat)

*La autorización previa para la formulación de marca sólo se aplica a las excepciones al formulario por tratarse de un medicamento no cubierto.

Apéndice 1 - Lista de medicamentos para adelgazar con PA

Nombre genérico	Marca
benzfetamina	No corresponde
carboximetilcelulosa-celulosa-ácido cítrico	Plenity
dietilpropión	No corresponde
liraglutida	Saxenda
naltrexona/bupropión	Contrave
orlistat	Xenical
fendimetracina	No corresponde
fentermina	Adipxex-P/Lomaira
fentermina/topiramato ER	Qsymia
semaglutida	Wegovy
setmelanotida	Imcivree
tirzepatida	Zepbound



**SAXENDA (liraglutida)
WEGOVY (semaglutida)**

Pre - Asignación de PA

Ninguna

Requisitos de aprobación previa

Edad 12 años de edad o más

Diagnóstico

El paciente lo debe estar utilizando para lo siguiente:

Control del peso crónico

Y TODO lo siguiente:

1. El paciente cumple **UNO** de los siguientes criterios:
 - a. Mayor de 18 años, debe cumplir **UNO** de los siguientes criterios:
 - i. Índice de masa corporal (IMC) ≥ 30 kg/m².
 - ii. Índice de masa corporal (IMC) ≥ 27 kg/m² **Y UNO** de los siguientes:
 1. El paciente presenta una enfermedad cardiovascular establecida (por ejemplo, enfermedad cardíaca congénita, enfermedad cerebrovascular, enfermedad arterial periférica, enfermedad cardíaca coronaria, síndrome coronario agudo (ACS), infarto de miocardio (MI), angina de pecho inestable, revascularización coronaria o de otra arteria, o intervención coronaria percutánea/cirugía de bypass coronario previas)
 2. El paciente presenta al menos una afección comórbida relacionada con el peso (por ejemplo, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia o hipertensión).
 - b. De 12 a 17 años **SOLAMENTE**: Índice de masa corporal (IMC) $\geq 95^{\circ}$ del percentil para su edad.
2. El paciente ha participado en un programa integral para control de peso (por ejemplo, Teladoc u otro programa para control de peso).
3. **SIN** tratamiento dual con otros agonistas de los receptores del péptido-1 similar al glucagón (GLP-1) (ver Apéndice 1).
4. **SIN** tratamiento dual con otro medicamento de Autorización Previa (PA) para la pérdida de peso (ver Apéndice 2).

Límites de aprobación previa

Cantidad



**SAXENDA (liraglutida)
WEGOVY (semaglutida)**

Medicamento	Límite de cantidad
Saxenda	15 plumas precargadas por 90 días O
Wegovy	12 plumas monodosis por 84 días

Duración 6 meses

Requisitos de *renovación* de aprobación previa

Edad El paciente tiene 12 años de edad o más

Diagnóstico

El paciente lo debe estar utilizando para lo siguiente:

Control del peso crónico

Y TODO lo siguiente:

1. Mayor de 18 años **SOLAMENTE**: El paciente perdió al menos el 5 por ciento del peso corporal inicial **O** el paciente ha continuado manteniendo su pérdida de peso inicial del 5 por ciento.
2. De 12 a 17 años **SOLAMENTE**: El paciente ha mantenido una pérdida de peso clínicamente significativa
3. El paciente ha participado en un programa integral para control de peso (por ejemplo, Teladoc u otro programa para control de peso).
4. **SIN** tratamiento dual con otros agonistas de los receptores del péptido-1 similar al glucagón (GLP-1) (ver Apéndice 1).
5. **SIN** tratamiento dual con otro medicamento de Autorización Previa (PA) para la pérdida de peso (ver Apéndice 2).

Límites de *renovación* de aprobación previa

Cantidad

Medicamento	Límite de cantidad
Saxenda	15 plumas precargadas por 90 días O
Wegovy	12 plumas monodosis por 84 días

Duración 12 meses



**SAXENDA (liraglutida)
WEGOVY (semaglutida)**

Apéndice 1 - Lista de medicamentos agonistas del receptor del péptido-1 similar al glucagón (GLP-1)

Nombre genérico	Marca
dulaglutida	Trulicity
exenatida	Byetta
exenatida	Bydureon, Bydureon BCise
liraglutida	Saxenda
liraglutida	Victoza
liraglutida e insulina degludec	Xultophy
lixisenatida	Adlyxin
lixisenatida e insulina glargine	Soliqua
semaglutida	Ozempic
semaglutida	Rybelsus
semaglutida	Wegovy
tirzepatida	Mounjaro
tirzepatida	Zepbound

Apéndice 2 - Lista de medicamentos para adelgazar con PA

Nombre genérico	Marca
benzfetamina	No corresponde
carboximetilcelulosa-celulosa-ácido cítrico	Plenity
dietilpropión	No corresponde
liraglutida	Saxenda
naltrexona/bupropión	Contrave
orlistat	Xenical
fendimetracina	No corresponde
fentermina	Adipxex-P/Lomaira
fentermina/topiramato ER	Qsymia
semaglutida	Wegovy
setmelanotida	Imcivree
tirzepatida	Zepbound



**BlueCross
BlueShield**

Federal Employee Program.

**XELODA
(capecitabina)**

Pre - Asignación de PA

Ninguna

Requisitos de aprobación previa

Diagnósticos

El paciente debe tener **UNO** de lo siguiente:

1. Cáncer de colon
2. Cáncer rectal
3. Cáncer colorrectal
4. Cáncer de mama
5. Cáncer gástrico, de esófago y de la unión gastroesofágica
6. Cáncer de páncreas

Y lo siguiente para **TODOS** los diagnósticos:

- a. El paciente **DEBE** haber probado el producto preferente (genérico de Xeloda: capecitabina) a menos que tenga una excepción médica válida (por ejemplo, respuesta inadecuada al tratamiento, intolerancia, contraindicación).

Límites de aprobación previa

Duración 12 meses

Requisitos de *renovación* de aprobación previa

Igual que arriba

Límites de *renovación* de aprobación previa

Igual que arriba