

PROGRAMA DE AUTORIZACIÓN PREVIA

LISTA DE MEDICAMENTOS QUE REQUIEREN RECETA

El programa de autorización previa nos ayuda a ofrecer una amplia cobertura de medicamentos recetados y fomenta el uso seguro y clínicamente apropiado de los fármacos. Bajo el programa de autorización previa, ciertos medicamentos de costo elevado requieren aprobación. Su médico puede llamar a nuestro departamento de autorización previa de farmacia para solicitar la reevaluación por razones médicas.

Si tiene alguna pregunta o duda, llame al servicio de atención a los miembros al número que aparece en su tarjeta de identificación del plan. Esta lista tiene fines meramente informativos y está sujeta a cambio. Para confirmar la cobertura, hable con el administrador del plan o llame al número del servicio de atención al cliente que aparece en la tarjeta de identificación de su plan de salud.

LISTA DE MEDICAMENTOS QUE REQUIEREN APROBACIÓN PREVIA

USO GENERAL	NOMBRE DE MARCA	NOMBRE GENÉRICO
Acidez estomacal/Úlceras	Prevacid Prilosec Protonix	Lansoprazole Omeprazole Pantoprazole
Anemia	Aranesp Epogen Procrit	Darbepoetin Alfa Epoetin Alfa Epoetin Alfa
Artritis/condiciones dolorosas	Arthrotec Celebrex Mobic Ponstel Prevacid Naprapac	Diclofenaco sódico/Misoprostol Celecoxib Meloxicam Mefenamic Naproxen/Lansoprazole
Artritis/condiciones inflamatorias relacionadas	Enbrel Humira Kineret Orencia Remicade Rituxan	Etanercept Adalimumab Anakinra Abatacept Infliximab Rituximab
Asma	Xolair	Omalizumab
Cáncer	Avastin Gleevec Herceptin Mylotarg Nexavar Novantrone Revlimid Rituxan Sprycel Sutent Tarceva Tasigna Thalomid Tykerb Zolanza	Bevacizumab Mesilato de imatinib Trastuzumab Gemtuzumab Ozogamicin Tosilato de sorafenib Mitoxantrone Lenalidomide Rituximab Dasatinib Malato de sunitinib Erlotinib Nilotinib Talidomida Ditosilato de lapatinib Vorinostat
Crohn, enfermedad de	Paquete inicial de Humira para la enfermedad de Crohn Remicade	Adalimumab Infliximab
Distonía y espasticidad	Botox Myobloc	Toxina botulínica A Toxina botulínica B
Déficit enzimático	Elapraxe	Idursulfase
Déficit de crecimiento	Genotropin Humatrope Increlex iPlex Norditropin	Somatropina Somatropina Mecasermin Rinfabate Mecasermin Rinfabate Somatropina

LISTA DE MEDICAMENTOS QUE REQUIEREN APROBACIÓN PREVIA

USO GENERAL	NOMBRE DE MARCA	NOMBRE GENÉRICO
Déficit de crecimiento (<i>cont.</i>)	Nutropin Nutropin AQ Nutropin Depot Omnitrope Saizen Serostim Tev-Tropin	Somatropina Somatropina Somatropina Somatropina Somatropina Somatropina Somatropina
Esclerosis múltiple	Avonex Admin Pack Betaseron Copaxone Novantrone Rebif Tysabri	Interferón beta-1a Interferón beta-1b Acetato de glatiramer Mitoxantrona Interferon Beta-1a/albumina Natalizumab
Hemofilia	Advate Alphanate AlphaNine SD Autoplex T Bebulin VH Benefix Feiba VH Helixate FS Hemofil M Humate-P Hyate:C Koate-DVI Kogenate FS Monarc-M Monoclata-P Mononine NovoSeven Profilnine SD Proplex T Recombinante ReFacto	Factor VIII (recombinante) Factor VIII (humano) Factor IX complejo (humano) Complejo coagulante anti-inhibidor Factor IX complejo (humano) Factor IX complejo (recombinante) Complejo coagulante anti-inhibidor Factor VIII (recombinante) Factor VIII (humano) Factor VIII (humano) Factor VIII (porcino) Factor VIII (humano) Factor VIII (recombinante) Factor VIII (humano) Factor VIII (humano) Factor IX (purificado/ humano) Factor VIIa (recombinante) Factor IX complejo (humano) Factor IX complejo (humano) Factor VIII (recombinante) Factor VIII (recombinante)
Hepatitis	Infergen Pegasys Peg-Intron	Interferón Alfacon-1 Peginterferon Alfa-2a Peginterferon Alfa-2b
Hiperlipidemia (colesterol elevado)	Altoprev Crestor Mevacor Pravachol Zocor	Lovastatina, liberación prolongada Rosuvastatina Lovastatina Pravastatina Simvastatina
Hipertensión pulmonar	Flolan Letairis Remodulin Revatio Tracleer Ventavis	Epoprostenol Ambrisentan Treprostinil Citrato de sildenafil Bosentan Iloprost
Inmunodeficiencia	Carimune NF Flebogamma Gamimune N	Inmunoglobulina IV Inmunoglobulina IV Inmunoglobulina IV

LISTA DE MEDICAMENTOS QUE REQUIEREN APROBACIÓN PREVIA

USO GENERAL	NOMBRE DE MARCA	NOMBRE GENÉRICO
Inmunodeficiencia (cont.)	Gammagard S/D Gammar-P I.V. Gamunex Iveegam EN Octagam Panglobulin Polygam S/D Vivaglobin	Inmunoglobulina IV Inmunoglobulina IV Inmunoglobulina IV Inmunoglobulina IV Inmunoglobulina IV Inmunoglobulina IV Inmunoglobulina IV Inmunoglobulina IV Inmunoglobulina SQ
Infertilidad	Bravelle Cetrotide Chorex-10 Clomid Fertinex Follistim AQ Ganirelix Acetate* Ganirelix Acetate/Follistim Gonal-F Luveris Menopur Novarel Ovidrel Pregnyl Profasi Repronex Serophene	Urofolitropina Acetato de cetrorelix Gonadotropina coriónica Citrato de clomifeno Urofolitropina Folitropina beta, recombinante Acetato de ganirelix Acetato de ganirelix/Folitropina beta Folitropina alfa, recombinante Lutropina alfa Menotropina Gonadotropina coriónica Gonadotropina coriónica Gonadotropina coriónica Gonadotropina coriónica Menotropina Citrato de clomifeno
Insomnio	Ambien	Zolpidem, liberación inmediata
	Ambien CR Lunesta Rozerem Sonata	Zolpidem Eszopiclone Ramelteon Zaleplon
Narcolepsia	Provigil	Modafinil
Psoriasis	Amevive Enbrel Raptiva Remicade	Alefacept Etanercept Efalizumab Infliximab
Virus sincicial respiratorio (VSR)	RespiGam Synagis	Inmunoglobulina humana del virus sincicial respiratorio Palivizumab

*Antes, la inyección de acetato de ganirelix se llamaba Antagon.

Esta lista tiene fines meramente informativos y está sujeta a cambio. Para confirmar su cobertura, llame al servicio de atención a los miembros.