









































































































































































































































































## MEDICAMENTOS B VS D

---

### Medicamentos

- Abelcet intravenous suspension 5 mg/ml
- Acetylcysteine inhalation solution 10 %, 20 %
- Acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml
- Adagen intramuscular solution 250 unit/ml
- Albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%, (5 mg/ml) 0.5%, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml
- Aldurazyme intravenous solution 2.9 mg/5ml
- Aliqopa intravenous solution reconstituted 60 mg
- Ambisome intravenous suspension reconstituted 50 mg
- Aminosyn ii intravenous solution 10 %, 8.5 %
- Aminosyn ii/electrolytes intravenous solution 8.5 %
- Aminosyn/electrolytes intravenous solution 7 %, 8.5 %
- Aminosyn-hbc intravenous solution 7 %
- Aminosyn-pf intravenous solution 10 %, 7 %
- Aminosyn-rf intravenous solution 5.2 %
- Amphotericin b injection solution reconstituted 50 mg
- Ampicillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 125 mg
- Ampicillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm
- Ampicillin-sulbactam sodium injection solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 15 (10-5) gm, 3 (2-1) gm
- Aprepitant oral capsule 125 mg, 40 mg, 80 & 125 mg, 80 mg
- Azacitidine injection suspension reconstituted 100 mg
- Azathioprine oral tablet 50 mg
- Azathioprine sodium injection solution reconstituted 100 mg
- Bicnu intravenous solution reconstituted 100 mg
- Bivigam intravenous solution 10 gm/100ml
- Bleomycin sulfate injection solution reconstituted 30 unit
- Budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml, 1 mg/2ml
- Busulfan intravenous solution 6 mg/ml
- Calcitriol oral solution 1 mcg/ml
- Carboplatin intravenous solution 150 mg/15ml
- Caspofungin acetate intravenous solution reconstituted 50 mg, 70 mg
- Cefoxitin sodium injection solution reconstituted 10 gm
- Cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 2 gm
- Ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 250 mg, 500 mg
- Ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 10 gm
- Cefuroxime sodium injection solution reconstituted 7.5 gm, 750 mg
- Cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted 1.5 gm
- Cisplatin intravenous solution 50 mg/50ml
- Cladribine intravenous solution 10 mg/10ml
- Clinimix/dextrose (2.75/5) intravenous solution 2.75 %
- Clinimix/dextrose (4.25/10) intravenous solution 4.25 %
- Clinimix/dextrose (4.25/20) intravenous solution 4.25 %
- Clinimix/dextrose (4.25/25) intravenous solution 4.25 %
- Clinimix/dextrose (4.25/5) intravenous solution 4.25 %
- Clinimix/dextrose (5/15) intravenous solution 5 %





















































































































































































## VALCHLOR

---

### **Medicamentos**

Valchlor Topical Gel 0.00016 mg/mg

### **Usos Cubiertos**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico. Tratamiento tópico para linfoma cutáneo de células T de tipo mycosis fungoide, en etapa 1a o 1b, en pacientes que han recibido previamente terapia dirigida a la piel.

### **Restricción de Edad**

18 años o más

### **Restricción de Médico**

- 1) Hematólogo
- 2) Oncólogo

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno



## VELCADE

---

### **Medicamentos**

Velcade IV Sol 3.5 mg  
Bortezomib IV Sol 3.5 mg

### **Usos Cubiertos**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Ninguna

### **Restricción de Edad**

18 años o más

### **Restricción de Médico**

Hematólogo-Oncólogo

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Sujeto a revisión B vs D.

## **VEMLIDY**

---

### **Medicamentos**

Vemlidy Oral Tab 25 mg

### **Usos Cubiertos**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

### **Criterios de Exclusión**

Prueba de infección por VIH-1 antes del inicio, no se use en pacientes con infección por VIH

### **Información Médica Requerida**

Iniciación de la terapia:

1. Diagnóstico infección Hepatitis B
2. Fracaso de Viread o Baraclude hasta dosis máximas indicadas, a menos que se experimenten efectos adversos contraindicados o clínicamente significativos.

### **Restricción de Edad**

18 años o más

### **Restricción de Médico**

Gastroenterólogo, Hepatólogo, Especialista en Enfermedades Infecciosas

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

# VENCLEXTA

---

## **Medicamentos**

Venclexta Oral Tab 10 mg  
Venclexta Oral Tab 50 mg  
Venclexta Oral Tab 100mg  
Venclexta Pack 10/50/100

## **Usos Cubiertos**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

## **Criterios de Exclusión**

Está contraindicado el uso de Inhibidores potentes de CYP3A en inicio de tratamiento y durante la fase de aceleración.

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico: Leucemia linfótica crónica (LLC) o linfoma linfocítico pequeño (SLL) con o sin delección del cromosoma 17p, detectado por una prueba aprobada por la FDA y ha recibido al menos algún tratamiento previo.
2. Se requiere evaluación de riesgo para la condición del síndrome de lisis tumoral.
3. Se requiere utilización en combinación con allopurinol.

## **Restricción de Edad**

18 años o más

## **Restricción de Médico**

Hematólogo-Oncólogo

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Para renovación el paciente no ha tenido progresión de la enfermedad o toxicidad inaceptable.

## **VENTAVIS**

---

### **Medicamentos**

Ventavis Inhalant Sol. 0.01 mg/ml

Ventavis Inhalant Sol. 0.02 mg/ml

### **Usos Cubiertos**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de hipertensión arterial pulmonar grupo WHO I con New York Heart Association (NYHA) clase funcional III de IV confirmada por cateterismo cardiaco derecho.

### **Restricción de Edad**

18 años o mayor

### **Restricción de Médico**

Cardiólogo o neumólogo

### **Duración de Cubierta**

Inicial – 6 meses

Renovación – 12 meses

### **Otros Criterios**

Sujeto a revisión B vs D

# VERZENIO

---

## **Medicamentos**

Verzenio Oral Tab 50 mg, 100 mg, 150 mg, 200 mg

## **Usos Cubiertos**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

Indicado para el tratamiento de uno de los siguientes:

1. Cáncer de mama avanzado o metastásico, en combinación con un inhibidor de aromatasas como terapia endocrina inicial para el tratamiento de mujeres post-menopausadas con receptores de hormonas (HR) – positivo, receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2)-negativo avanzado. O
2. Cáncer de mama avanzado o metastásico, en combinación con fulvestran para el tratamiento de mujeres con receptor de hormonas (HR) – positivo, receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) – negativo, con progresión de la enfermedad después de tratamiento con terapia endocrina O
3. Cáncer de mama avanzado o metastásico, como monoterapia en pacientes adultos, con receptores de hormonas (HR) – positivo, HER2 negativo y con progresión de la enfermedad después de tratamiento con terapia endocrina y quimioterapia en ambiente metastásico.

## **Restricción de Edad**

18 años o mayor

## **Restricción de Médico**

Hematólogo, oncólogo

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

# VOSEVI

---

**Medicamentos**

Vosevi Oral Tab 400mg/100mg/100mg

**Usos Cubiertos**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

**Criterios de Exclusión**

Ninguno

**Información Médica Requerida**

- a. Diagnóstico: infección crónica por VHC sin cirrosis o con cirrosis compensada (Child Pugh A) que tiene: infección por Genotipo 1, 2, 3, 4, 5 o 6 y ha sido previamente tratado con un régimen de VHC que contiene un inhibidor NS5A O Genotipo 1a o 3 y han sido tratados previamente con un régimen de VHC que contiene sofosbuvir sin un inhibidor de NS5A.
- b. Genotipo
- c. Estado de tratamiento del paciente (tratamiento sin experiencia o tratamiento experimentado). Si el paciente tiene experiencia en el tratamiento, documente los medicamentos que utilizó anteriormente.
- d. Estado de la cirrosis.

**Restricción de Edad**

18 años o más

**Restricción de Médico**

Gastroenterolog, Hepatologo, Especialista de enfermedades infecciosas

**Duración de Cubierta**

12 meses

**Otros Criterios**

Los criterios se aplicarán de acuerdo con las guías actuales de AASLD / IDSA.

## VOTRIENT

---

### **Medicamentos**

Votrient Oral Tab 200 mg

### **Usos Cubiertos**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Los niveles séricos de transaminasas y bilirrubina antes de iniciar el tratamiento.

### **Restricción de Edad**

18 años o más

### **Restricción de Médico**

Hematólogo-Oncólogo

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

**Medicamentos**

Vpriv Inj. Sol 100 units/ml

**Usos Cubiertos**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

**Criterios de Exclusión**

Ninguno

**Información Médica Requerida**

El diagnóstico de la enfermedad de Gaucher no neuropática de tipo 1, crónica

**Restricción de Edad**

4 años de edad o más

**Restricción de Médico**

Hematólogo o especialista en el tratamiento de trastornos metabólicos hereditarios.

**Duración de Cubierta**

Iniciación 3 meses, 6 meses de renovación

**Otros Criterios**

Renovación, la normalización de los recuentos de hemoglobina y plaquetas como indicación de la eficacia, o la documentación de la reducción en el agrandamiento del hígado y el bazo. Sujeto a revisión B vs D.



# **XALKORI**

---

## **Medicamentos**

Xalkori Oral Cap 200 mg, 250 mg

## **Usos Cubiertos**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

Resultado positivo de prueba ALK o ROS-1 NSCL metastasico

## **Restricción de Edad**

18 años o más

## **Restricción de Médico**

Hematólogo-Oncólogo

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **XATMEP**

---

### **Medicamentos**

Xatmep Oral Sol. 25 mg/ml

### **Usos Cubiertos**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de uno de los siguientes:

1. Para tratamiento de pacientes pediátricos con leucemia linfoblástica aguda (ALL) como componente de un régimen de mantenimiento combinado de quimioterapia O
2. Manejo de pacientes pediátricos con artritis idiopática juvenil poliarticular activa (pJIA) que son intolerantes a o han tenido una respuesta inadecuada a el tratamiento de primera línea.

### **Restricción de Edad**

Ninguna

### **Restricción de Médico**

Hematólogo, oncólogo, reumatólogo

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Sujeto a revisión B vs D.

**Medicamentos**

Xeljanz Oral Tab 5mg

Xeljanz Oral Tab 10 mg

Xeljanz Oral Tab ER 11 mg

**Usos Cubiertos**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

**Criterios de Exclusión**

Infección activa grave (incluyendo tuberculosis). El uso combinado con un medicamento biológico anti-rreumático modificador de la enfermedad o un inmunosupresor potente ( ej; azatioprina o ciclosporina).

**Información Médica Requerida**

Diagnóstico de uno de los siguientes:

1. Artritis reumatoide moderada a severamente activa Y el paciente ha tratado y ha presentado una respuesta inadecuada, intolerancia o contraindicación a metotrexato. Puede ser utilizado como monoterapia o en combinación con metotrexato u otro medicamento no-biológico anti-reumático modificador de la enfermedad O
2. Artritis psorásica activa y el paciente ha tratado y ha presentado una respuesta inadecuada, intolerancia a metotrexato u otro medicamento no-biologico anti-reumatico modificador de la enfermedad O
3. Colitis ulcerativa de moderada a severamente activa.
4. Al paciente se le ha realizado una prueba de tuberculosis (TB) en el último año y se ha descartado tuberculosis latente o está siendo tratado según las guías.

**Restricción de Edad**

18 años o mayor

**Restricción de Médico**

Para artritis Reumatoidea y artritis psoriásica activa, reumatólogo. Para colitis ulcerativa, gastroenterólogo.

**Duración de Cubierta**

12 meses

**Otros Criterios**

Para la renovación, el paciente esta estable en su condición o ha mejorado durante el tratamiento.

Bajo Revision de CMS

## **XENAZINE**

---

### **Medicamentos**

Tetrabenazine Oral Tab 12.5 mg, 25 mg

### **Usos Cubiertos**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D. Disquinesia tardía (TD). Síndrome de Tourette y trastornos relacionados con tics. Distrofia hiperkinética primaria. Hemibalismo

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Ninguna

### **Restricción de Edad**

18 años o mayor

### **Restricción de Médico**

Para tratamiento de corea asociado con la enfermedad de Huntington, Síndrome de Tourette o tic relacionados, distrofia hiperkinética primaria o hemibalismo, Xenazine (tetrabenazine) debe ser prescrito por neurólogo o en consulta con neurólogo. Para TD, Xenazine (tetrabenazine) debe ser prescrito por neurólogo o en consulta con neurólogo o psiquiatra.

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno.

## **XGEVA**

---

### **Medicamentos**

Xgeva SC Inj. 70 mg/ml (120 mg/ 1.7 ml vial)

### **Usos Cubiertos**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D.

### **Criterios de Exclusión**

Hipocalcemia (calcio menor de 8.0 mg/dL).

### **Información Médica Requerida**

Para el tratamiento de uno de los siguientes:

1. Prevención de eventos relacionados con el esqueleto en pacientes con multiple mieloma y en pacientes con metástasis osea de tumores solidos O
2. Adultos y adolescentes esqueléticamente maduros con tumor de células gigantes de hueso y tumor es inresectable o resección quirúrgica es probable que resulte en morbilidad grave O
3. Paciente tiene diagnóstico de hipercalcemia de malignidad refractario a terapia con bisfosfonato.

### **Restricción de Edad**

Ninguna

### **Restricción de Médico**

Ninguna

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Sujeto a revisión de beneficio B vs D.

# **XIFAXAN**

---

## **Medicamentos**

Xifaxan Oral Tab 200 mg, 550 mg

## **Usos Cubiertos**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de la Parte D

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico

## **Restricción de Edad**

Diarrea del viajero, de 12 años de edad o más

## **Restricción de Médico**

Gastroenterólogo, hepatólogo o especialista en enfermedades infecciosas.

## **Duración de Cubierta**

Autorización será de 12 meses. La aprobación para diarrea de viajeros será conforme a lo solicitado.

## **Otros Criterios**

Para la encefalopatía hepática, tratamiento de un suministro de 30 días de los siguientes: lactulosa. Paso #2: Xifaxan 550 mg. Historial antes de la medicación en las reclamaciones, medico deberá presentar documentación de la utilización en el expediente médico o de farmacia de con el procesamiento a través del administrados del beneficio de farmacia anterior. Para el diagnóstico de diarrea del viajero por cepas invasivas de E coli, Xifaxan 200MG será aprobado como primera línea.

**Medicamentos**

Xolair Inj. 150 mg

**Usos Cubiertos**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

**Criterios de Exclusión**

Ninguno

Asma moderada a severa persistente y SAR / PAR, nivel de IgE basal de al menos 30 IU / ML. Para el asma, el paciente tiene una prueba cutánea positiva o in vitro (es decir, un análisis de sangre para anticuerpos IgE específicos del alérgeno, como un ensayo inmunoabsorbente ligado a enzimas (p. Ej., InmunoCAP, ELISA) o RAST) para 1 o más aeroalergenos perennes (por ejemplo, ácaro del polvo doméstico, caspa de animales [perro, gato], cucaracha, plumas, esporas de moho) y / o por 1 o más aeroalergenos estacionales (pasto, polen, malezas). Para SAR / PAR, el paciente tiene pruebas cutáneas positivas (p. Ej., Hierba, árbol o polen de malezas, esporas de moho, ácaro del polvo doméstico, caspa de animales, cucaracha) y / o pruebas positivas in vitro (es decir, un análisis de sangre para alérgeno específico Anticuerpos IgE) para uno o más alérgenos relevantes (p. Ej., Hierba, árbol o polen de malezas, esporas de moho, ácaros del polvo doméstico, caspa de animales, cucaracha). Urticaria idiopática crónica: El paciente debe tener urticaria por más de 6 semanas, con síntomas presentes más de 3 días a la semana, a pesar del tratamiento diario con antihistamínicos H1 no sedantes (p. Ej., Cetirizina, desloratadina, fexofenadina, levocetirizina, loratadina) Y debe haber intentado terapia con un modificador de leucotrienos (p. ej., montelukast) con un antihistamínico H1 no sedante diario, a menos que haya intolerancia o contraindicación.

**Restricción de Edad**

Ninguna

**Restricción de Médico**

Alergista, inmunólogo, neumólogo o dermatólogo

**Duración de Cubierta**

12 meses

**Otros Criterios**

Asma persistente moderada a grave debe cumplir todos los criterios. Los síntomas del asma del paciente no se controlaron adecuadamente con el uso concomitante de al menos 3 meses de corticosteroides inhalados y betaagonistas de acción prolongada (LABA) o alternativa de LABA, si los LABA están contraindicados o si tiene intolerancia, entonces las alternativas incluyen teofilina de liberación sostenida o un modificador de leucotrienos (p. ej., montelukast), Y control inadecuado demostrado por hospitalización por asma, requerimiento de corticosteroides sistémicos para controlar exacerbaciones de asma o necesidad creciente (por ej., más de 4 veces al día ) para los agonistas beta2 inhalados de acción corta para los síntomas (excluyendo el uso preventivo para el asma inducida por el ejercicio).



## **XTANDI**

---

### **Medicamentos**

Xtandi Oral Cap 40 mg

### **Usos Cubiertos**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de cáncer de próstata resistente a la castración.

### **Restricción de Edad**

Ninguna

### **Restricción de Médico**

Ninguna

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

## **XURIDEN**

---

### **Medicamentos**

Xuriden Oral Granules 2000mg

### **Usos Cubiertos**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Diagnostico de aciduria orotica hereditaria

### **Restricción de Edad**

2 meses o más

### **Restricción de Médico**

Ninguno

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

**Medicamentos**

Xyrem Oral Sol 500 mg/ml

**Usos Cubiertos**

Todas las indicaciones medicamente aceptadas no excluidas de Parte D

**Criterios de Exclusión**

Uso concomitante con agentes hipnóticos sedantes. Deficiencia de deshidrogenasa semialdehído succínica.

**Información Médica Requerida**

El diagnóstico de una de las siguientes:

- a. La narcolepsia con somnolencia diurna excesiva, la cataplejía o ambos confirmada por la evaluación laboratorio del sueño (por ejemplo, prueba de latencia múltiple del sueño, polisomnografía) y para pacientes con excesiva somnolencia diurna, el paciente ha tenido un tratamiento anterior con o tiene una contraindicación, intolerancia o alergia a modafinil metilfenidato, dextroanfetamina, o sales de mixtas de anfetamina.
- b. Síndrome de la fibromialgia y el paciente tuvo un tratamiento anterior (de por lo menos 30 días) con, o tiene una contraindicación, intolerancia o alergia a dos de los siguientes: duloxetina, milnacipran o pregabalina.

**Restricción de Edad**

Ninguna

**Restricción de Médico**

Ninguna

**Duración de Cubierta**

6 meses (iniciales), 12 meses (de renovación).

**Otros Criterios**

Para la renovación, el paciente tuvo una respuesta positiva al medicamento (aumento de la calidad del sueño para los pacientes con narcolepsia). El paciente y el médico están inscritos en el REMS de Xyrem.

# YERVOY

---

**Medicamentos**

Yervoy Inj Sol 5 mg/ml

**Usos Cubiertos**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

**Criterios de Exclusión**

Ninguno

**Información Médica Requerida**

Diagnostico de : 1) melanoma inresectable o metastásico (Estadio III/IV) Y si la solicitud es para re-inducción, el paciente no tuvo toxicidad significativa con el curso previo de Yervoy Y el paciente experimentó progresión después de tener la enfermedad estable durante más de tres meses o recaída después de haber tenido una respuesta clínica al tratamiento. O 2) Tratamiento adyuvante para pacientes con melanoma cutáneo con involucramiento patológico de ganglios linfáticos regionales de más de 1 mm sometidos a resección completa, incluyendo linfadenectomía total. Debe someter la TSH basal, AST, ALT, bilirrubina total.

**Restricción de Edad**

Ninguna

**Restricción de Médico**

Hematólogo, oncólogo

**Duración de Cubierta**

16 semanas

**Otros Criterios**

Sujeto a revisión B vs D. Afiliado está inscrito en el programa de REMS para Yervoy.

**Medicamentos**

Yonsa Oral Tab 125 mg

**Usos Cubiertos**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

**Criterios de Exclusión**

Ninguno

**Información Médica Requerida**

Diagnóstico de cáncer de próstata metastizado resistente a castración para ser utilizado en combinación con metilprednisolona

**Restricción de Edad**

18 años o más

**Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo

**Duración de Cubierta**

12 meses

**Otros Criterios**

Ninguno

## ZAVESCA

---

### **Medicamentos**

Zavesca Oral Cap 100 mg  
Miglustat Oral Cap 100 mg

### **Usos Cubiertos**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

### **Criterios de Exclusión**

No está cubierto para el Tipo 2 o 3 de la Enfermedad Gaucher

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico de la enfermedad de Gaucher tipo 1 y que no puede ser tratada con terapia de reemplazo enzimático (por ejemplo Cerezyme)

### **Restricción de Edad**

18 años o más

### **Restricción de Médico**

Ninguna

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno

## **ZEJULA**

---

### **Medicamentos**

Zejula Oral Cap. 100 mg

### **Usos Cubiertos**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Diagnóstico:

Tratamiento de mantenimiento para pacientes adultos con cáncer de ovario epitelial recurrente, de trompa de Falopio o cáncer peritoneal primario, que han tenido en una respuesta completa o parcial a quimioterapia basada en platino.

### **Restricción de Edad**

18 años o más

### **Restricción de Médico**

1. Hematólogo
2. Oncólogo

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Debe ser cubierto por el beneficio de la Parte D.

## ZELBORAF

---

### **Medicamentos**

Zelboraf Oral Tablet 240 mg

### **Usos Cubiertos**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

### **Criterios de Exclusión**

Ninguno

### **Información Médica Requerida**

Antes de comenzar tratamiento se requiere: resultados de electrocardiograma, electrolitos, enzimas hepáticas y bilirrubina. Confirmación de BRAF V600E Mutación positiva de melanoma a través de alguna prueba aprobada por FDA por ejemplo (Cobas®) 4800 BRAF V600 prueba de mutación.

### **Restricción de Edad**

18 años o más

### **Restricción de Médico**

Hematólogo-Oncólogo

### **Duración de Cubierta**

12 meses

### **Otros Criterios**

Ninguno



# ZINBRYTA

---

## **Medicamentos**

Zinbryta Prefilled Syringe 150 mg/ml

## **Usos Cubiertos**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

## **Criterios de Exclusión**

1. Uso simultáneo de acetato de glatiramer con interferón beta-1a (Avonex, Rebif) o interferón beta-1b (Betaseron).
2. Enfermedad hepática preexistente o insuficiencia hepática, incluyendo ALT o AST al menos 2 veces del límite superior norma.
3. Historial de hepatitis autoinmune u otra condición autoinmune que afecte al hígado.

## **Información Médica Requerida**

1. Diagnóstico: Esclerosis múltiple recurrente (EM) Y respuesta inadecuada a dos o más fármacos de EM.

## **Restricción de Edad**

17 años o más

## **Restricción de Médico**

Neurólogo o especialista en esclerosis múltiple.

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Médico y paciente deben estar inscritos en el Programa REMS de Zinbryta.

# ZOLINZA

---

**Medicamentos**

Zolinza Oral Cap 100 mg

**Usos Cubiertos**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

**Criterios de Exclusión**

Ninguno

**Información Médica Requerida**

Ninguna

**Restricción de Edad**

18 años o más

**Restricción de Médico**

Hematólogo, Oncólogo

**Duración de Cubierta**

12 meses

**Otros Criterios**

Ninguno

# ZYDELIG

---

**Medicamentos**

Zydelig Oral Tab 100 mg, 150 mg

**Usos Cubiertos**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

**Criterios de Exclusión**

Ninguno

**Información Médica Requerida**

1. Para relapso de leucemia linfocítica crónica (CLL):
  - a. El paciente debe tener al momento autorización del medicamento Rituxan (rituximab) y
  - b. Debe ser utilizado en combinación con Rituxan (rituximab).
2. Para relapso de linfoma No Hodgkin de célula B folicular (FL): El paciente ha recibido dos tratamientos sistémicos previos.
3. Para relapso de linfoma linfocítico pequeño (SLL): El paciente ha recibido dos terapias sistémicas previas.

**Restricción de Edad**

18 años o más

**Restricción de Médico**

Hematólogo, oncólogo

**Duración de Cubierta**

12 meses

**Otros Criterios**

Se requiere participación en Programa REMS

# ZYKADIA

---

## **Medicamentos**

Zykadia Oral Cap 150 mg

## **Usos Cubiertos**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

## **Criterios de Exclusión**

Ninguno

## **Información Médica Requerida**

Diagnóstico, confirmación de mutación ALK positiva detectada por una prueba aprobada por la FDA.

## **Restricción de Edad**

18 años o mayor

## **Restricción de Médico**

Oncólogo, hematólogo

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

# ZYTIGA

---

## **Medicamentos**

Zytiga Oral Tab 250 mg

Zytiga Oral Tab 500 mg

## **Usos Cubiertos**

Todas las indicaciones aprobadas por la FDA no excluidas de Parte D

## **Criterios de Exclusión**

Mujeres que están o pueden quedar embarazadas

## **Información Médica Requerida**

Indicado en combinación con prednisona para el tratamiento de uno de los siguientes:

1. Cáncer de próstata metastásico resistente a castración O
2. Cáncer de próstata metastásico de alto riesgo sensible a castración.

## **Restricción de Edad**

18 años o mayor

## **Restricción de Médico**

Urólogo, Hematólogo, Oncólogo

## **Duración de Cubierta**

12 meses

## **Otros Criterios**

Ninguno

## **Índice de Medicamentos**

ABELCET.....	118	amphotericin b.....	118	Briviact Inj.....	34
Abilify IM Inj.....	17	ampicillin sodium.....	118	Briviact Oral Solution.....	34
Abilify Maintena Inj.....	17	ampicillin-sulbactam sodium		Briviact Oral Tab.....	34
acetylcysteine.....	118	.....	118	budesonide.....	118
Acitretin Oral Cap.....	2	Ampyra Oral Tab. 10 mg.....	12	Buprenorphine Sublingual Tab	
<b>Actemra SOLUTION 200</b>		Androderm Transdermal Patch		.....	36
<b>MG/10ML</b>		.....	15	Buprenorphine/Naloxone.....	36
<b>INTRAVENOUS*</b> .....	30	Anoro Ellipta.....	13	busulfan.....	118
Actimmune Inj.....	3	aprepitant.....	118	Cabometyx Oral Tab.....	37
acyclovir sodium.....	118	Aptiom 200 mg Oral Tab.....	18	calcitriol.....	118
ADAGEN.....	118	Aptiom 400 mg Oral Tab.....	18	Calquence Oral Cap.....	38
Adapalene Topical Cream...	193	Aptiom 600 mg Oral Tab.....	18	Carbaglu Oral Susp.....	39
Adapalene Topical Gel.....	193	Aptiom 800 mg Oral Tab.....	18	carboplatin.....	118
Adcirca Oral Tab.....	4	Arcalyst SOLUTION		casprofungin acetate.....	118
Adefovir dipivoxil Oral Tab 10		RECONSTITUTED 220		Cayston Inhalant Sol.....	40
mg.....	79	MG SUBCUTANEOUS*.....	19	cefoxitin sodium.....	118
Adempas 0.5 mg, 1 mg, 1.5 mg,		Aripiprazole Oral Tab.....	17	ceftriaxone sodium.....	118
2 mg, 2.5 mg Oral Tab.....	5	Aristada Prefield Syringe....	17	cefuroxime sodium.....	118
Advair Diskus.....	7	Armodafinil Oral Tab.....	136	Celecoxib Oral Cap.....	47
Advair HFA.....	7	Arnuity Ellipta Inhaler.....	20	<b>Cerezyme IV 200 mg vial</b> ...	41
Afinitor Disperz Soluble Tab..	8	Atovaquone Oral Susp.....	123	Chantix Continuing Month	
Afinitor Oral Tab.....	8	Aubagio.....	21	Pack 1 mg.....	42
Afinitor TABLET 7.5 MG		Avastin IV Soln.....	22	Chantix Oral Tab 0.5 mg.....	42
ORAL.....	8	Avita Topical Cream.....	193	Chantix Starting Month 0.5 mg	
albuterol sulfate.....	118	Avita Topical Gel.....	193	& 1 mg.....	42
ALDURAZYME.....	118	azacitidine.....	118	Chantix TABLET 1 MG	
Alecensa.....	9	azathioprine.....	118	ORAL.....	42
Alimta SOLUTION		azathioprine sodium.....	118	Cholban.....	43
RECONSTITUTED 500		Banzel SUSPENSION 40		Cinryze Iny. 500 unidades/vial	
MG INTRAVENOUS*.....	10	MG/ML ORAL.....	23	.....	44
ALIQOPA.....	118	Banzel TABLET 200 MG		cisplatin.....	118
Alosetron Oral Tab.....	112	ORAL.....	23	cladribine.....	118
Alunbrig Oral Tab.....	11	Baraclude Oral Solution.....	24	CLINIMIX/DEXTROSE	
AMBISOME.....	118	Bavencio Inj. IV.....	25	(2.75/5).....	118
AMINOSYN II.....	118	Beleodaq Inj. Solution.....	30	CLINIMIX/DEXTROSE	
AMINOSYN		Benlysta IV Soln.....	31	(4.25/10).....	118
II/ELECTROLYTES.....	118	Benzotropine Mesylate Oral Tab		CLINIMIX/DEXTROSE	
AMINOSYN/ELECTROLYTE		.....	26	(4.25/20).....	118
S.....	118	Betaseron SOLUTION		CLINIMIX/DEXTROSE	
AMINOSYN-HBC.....	118	RECONSTITUTED 0.3 MG		(4.25/25).....	118
AMINOSYN-PF.....	118	SUBCUTANEOUS*.....	93	CLINIMIX/DEXTROSE	
AMINOSYN-RF.....	118	Bexarotene Oral Cap.....	185	(4.25/5).....	118
Amitriptyline Hydrochloride		BICNU.....	118	CLINIMIX/DEXTROSE (5/15)	
Oral Tab.....	26	BIVIGAM.....	118	.....	118
Amitriptyline Hydrochloride/		bleomycin sulfate.....	118	CLINIMIX/DEXTROSE (5/20)	
Perphenazine Oral Tab.....	26	Bortezomib IV Sol.....	200	.....	119
Amphetamine-		Bosulif oral Tab.....	16	CLINIMIX/DEXTROSE (5/25)	
Dextroamphetamine Oral		Botox Inj.....	32	.....	119
Tab.....	6	Brilinta Oral Tab.....	33	clofarabine.....	119

Clomipramine Hydrochloride	Epclusa Oral Tab .....	57	GAMMAPLEX .....	119
Oral Cap .....	epirubicin hcl .....	119	GAMUNEX-C .....	119
Clorazepate Dipotassium Oral	Erivedge CAPSULE 150 MG		ganciclovir sodium .....	119
Tab .....	ORAL .....	16	Gattex Inj Solution .....	72
colistimethate sodium (cba) 119	Erleada Oral Tab.....	58	gemcitabine hcl .....	119
Cometriq.....	ERYTHROCIN		GENGRAF.....	119
Cotellic 20 mg.....	LACTOBIONATE .....	119	Geodon Inj. ....	17
cromolyn sodium.....	Esbriet Oral Cap .....	61	Gilenya CAPSULE 0.5 MG	
Cyclobenzaprine Hydrochloride	Estradiol Oral Tab .....	27	ORAL.....	73
Oral Tab .....	Estradiol Transdermal System		Gilotrif Oral Tab .....	16
Cyclobenzaprine Oral Tab ....	.....	26	Glatiramer Prefilled Syringe .74	
cyclophosphamide.....	Estropipate Oral Tab.....	27	Glatopa Prefilled Syringe.....	74
cyclosporine .....	etoposide.....	119	granisetron hcl.....	119, 120
cyclosporine modified.....	Exjade TABLET SOLUBLE		Guanfacine ER Oral Tab.....	27
Cyramza Inj.....	125 MG ORAL.....	63	Halaven SOLUTION 1	
cytarabine .....	Exjade TABLET SOLUBLE		MG/2ML INTRAVENOUS*	
dacarbazine.....	250 MG ORAL.....	63	.....	77, 78
dactinomycin .....	Exjade TABLET SOLUBLE		Harvoni Oral Cap .....	77
daptomycin.....	500 MG ORAL.....	63	heparin (porcine) in d5w .....	120
Darzalex Inj.....	Fabrazyme SOLUTION		heparin sod (porcine) in d5w	
daunorubicin hcl.....	RECONSTITUTED 35 MG		.....	120
DEPO-PROVERA .....	INTRAVENOUS*.....	64	heparin sodium (porcine) ....	120
desmopressin acetate.....	Fanapt Oral Tab.....	17	HEPATAMINE.....	120
dexrazoxane .....	Fanapt Titration Pack .....	17	HERCEPTIN.....	120
Dextroamphetamine Sulfate	Farydak Oral Cap .....	65	Hetlioz.....	80
Oral Tab .....	FASLODEX .....	119	Hexalen CAPSULE 50 MG	
Diazepam Oral Sol.....	Fentanyl Oral Lozenge .....	66	ORAL.....	81
Diazepam Oral Tab .....	FentaNYL PATCH 72 HR 75		Humira Kit .....	53
Digox Oral Tab .....	MCG/HR TRANSDERMAL		Humira Pediatric Crohns Start	
Digoxin Oral Sol .....	.....	66	Prefilled Syringe .....	53
diphtheria-tetanus toxoids dt	Fentanyl Transdermal Patch .	66	Humira Pen-Crohns Starter Kit	
.....	Fentora Buccal Tablet.....	66	.....	53
docetaxel .....	Ferriprox Oral Tab.....	67	Humira Psoriasis Start Pen	
Doxepin Hydrochloride Oral	Firazyr SOLUTION 30		Injector .....	53
Cap .....	MG/3ML		Humulin R Pen Injector .....	83
Doxepin Hydrochloride Oral	SUBCUTANEOUS* .....	69	Hunira Prefilled Syringe.....	53
Cap .....	fluconazole in sodium chloride		hydromorphone hcl pf.....	120
Doxepin Hydrochloride Oral	.....	119	Hydroxyzine Hydrochloride	
Sol .....	fludarabine phosphate.....	119	Inj. ....	27
doxorubicin hcl .....	fluorouracil .....	119	Ibrance Oral Cap .....	84
doxorubicin hcl liposomal..	Fondaparinux Sodium SubQ		Iclusig Oral Tab .....	85
dronabinol .....	.....	113	idarubicin hcl .....	120
duramorph .....	FREAMINE HBC .....	119	Idhifa Oral Tab.....	86
ELITEK.....	Fyavolv Oral Tab.....	27	ifosfamide .....	120
EMEND .....	Fycompa Oral Tab 2 mg, 6 mg,		Ilaris Inj. Solution .....	87
Empliciti Inj .....	8 mg, 10 mg, 12 mg.....	71	Imatinib .....	90
Empliciti Inj. ....	GAMASTAN S/D .....	119	Imbruvica Oral Cap 140 mg .	89
ENGERIX-B .....	GAMMAGARD .....	119	Imbruvica Oral Tab.....	89
Entecavir Oral Tab .....	GAMMAGARD S/D LESS		Imfinzi IV. Sol. ....	88
Entresto Oral Tab .....	IGA .....	119	imipenem-cilastatin .....	120

Imipramine Hydrochloride Oral Tab .....	27	Linezolid Oral Susp .....	110	Ninlaro Oral Cap .....	130
Imipramine Pamoate Oral Cap .....	27	Linezolid Oral Tab .....	110	NIPENT .....	121
Incrise Ellipta Inhaler .....	92	Linzezz Oral Cap .....	111	Nitrofurantoin, Macrocrystals Oral Cap .....	27
Inlyta TABLET 1 MG ORAL .....	16	LUMIZYME .....	120	Norditropin FlexPro .....	75
Inlyta TABLET 5 MG ORAL .....	16	Lupaneta Pack .....	114	Northera Oral Cap .....	131
INTRALIPID .....	120	Lupron Depot Ped .....	108	Nucala .....	132
Intron-A .....	94	Lupron Prefilled Syringe .....	108	Nulojix Iny. ....	134
INVANZ .....	120	Lynparza Oral Cap .....	115	Nuplazid Oral Tab .....	135
Invega Sustenna .....	17	Lynparza Oral Tab .....	115	nutrilipid .....	121
Invega Trinza .....	17	Matulane Oral Cap .....	116	octreotide acetate .....	121
ipratropium bromide .....	120	Mavyret Oral Tab .....	117	Odomzo 200 mg .....	137
ipratropium-albuterol .....	120	Megestrol Acetate Oral Susp .....	27	ondansetron .....	121
Iressa Oral Tab .....	95	Megestrol Acetate Oral Tab .....	27	ondansetron hcl .....	121
irinotecan hcl .....	120	Mekinist TABLET 0.5 MG ORAL .....	16	OPDIVO .....	121
ISTODAX (OVERFILL) ....	120	Mekinist TABLET 2 MG ORAL .....	16	Opsumit 10 mg Oral Tab ....	139
Jakafi Oral Tab .....	96	melphalan hcl .....	120	Orfadin .....	140
Juxtapid Oral Cap .....	97	Menest Oral Tab .....	27	Orkambi 125 mg/ 200 mg ..	142
Kadcyla Inj Solution .....	16	Meperidine Inj .....	52	Orkambi Oral Tab .....	141
Kalydeco Oral Granules .....	98	meropenem .....	120	oxaliplatin .....	121
Kalydeco Oral Tab .....	98	mesna .....	120	paclitaxel .....	121
Kanuma Inj .....	99	methotrexate .....	120	pamidronate disodium .....	121
Keytruda Inj. Solution .....	100	methotrexate sodium .....	120	Panretin Externo .....	145
Kisqali / Femara Therapy Pack .....	102	methotrexate sodium (pf) ..	120	paricalcitol .....	121
Kisqali Dose Pack .....	101	Methoxsalen Oral Cap .....	124	Paroxetine Hydrochloride Oral Tab .....	27
Korlym Oral Tab .....	103	Miglustat Oral Cap .....	221	Pegasys Inj.Sol. ....	146
Kuvan Oral Solution .....	104	mitomycin .....	120	Pegasys Prefilled Syringe .....	146
Kuvan Oral Tab .....	104	mitoxantrone hcl .....	120	PENTAM .....	121
Kynamro Prefilled Syringe ..	105	Modafinil Oral Tab .....	125	PERFOROMIST .....	121
KYPROLIS .....	120	Moderiba Oral Tab .....	162	Phenadoz Hydrochloride Rectal Supp. ....	28
LARTRUVO .....	120	morphine sulfate .....	120	Phenobarbital Oral Tab .....	28
Latuda Oral Tab .....	17	morphine sulfate (pf) .....	120	Pomalyst CAPSULE 1 MG ORAL .....	16
Lenvima Pack .....	106	Mozobil Inj .....	126	Pomalyst CAPSULE 4 MG ORAL .....	16
Letairis Oral Tab .....	107	MUSTARGEN .....	120	Pradaxa Oral Cap .....	148
leucovorin calcium .....	120	MYCAMINE .....	120	Premarin Oral Tab .....	27
Leuprolide Acetate Kit .....	108	mycophenolate mofetil .....	120	Premarin Pack .....	27
levabuterol hcl .....	120	mycophenolate mofetil hcl ..	120	PREMASOL .....	121
levocarnitine .....	120	mycophenolate sodium .....	120	Prevymis Inj. Vial .....	149
Lidocaine External Patch ....	109	MYLOTARG .....	120	Prevymis Oral Tab .....	149
lidocaine hcl .....	120	nafcillin sodium .....	120	PRIVIGEN .....	121
lidocaine hcl (pf) .....	120	NAGLAZYME .....	120	PROCALAMINE .....	121
Lidocaine HCl Topical Gel ..	190	Natpara Cartridge Inj .....	127	Procrit SOLUTION 2000 UNIT/ML INJECTION ....	59
Lidocaine HCl Topical Sol ..	190	NEBUPENT .....	120	Procrit SOLUTION 20000 UNIT/ML INJECTION ....	59
Lidocaine Topical Cream ....	190	NEORAL .....	121		
Lidocaine Topical Ointment ..	190	NEPHRAMINE .....	121		
Linezolid Inj .....	110	Nerlynx Oral Tab .....	128		
		Neupogen Syringe .....	68		
		NexAVAR TABLET 200 MG ORAL .....	129		



Procrit SOLUTION 3000 UNIT/ML INJECTION.....59	SENSIPAR ..... 121	Tetrabenazine Oral Tab.....211
Procrit SOLUTION 4000 UNIT/ML INJECTION.....59	Serevent Diskus Aerosol Powder ..... 168	Thalomid Oral Cap ..... 189
Procrit SOLUTION 40000 UNIT/ML INJECTION.....59	Signifor Inj. Sol. .... 169	Thioridazine Oral Tab 1 .....28
PROGRAF ..... 121	Signifor Lar Inj. Susp ..... 170	Thiothixene Oral Cap.....28
Prolastin Inj Sol..... 143	Sildenafil Oral Tab ..... 147	Tigecycline Inj. Soln..... 195
PROLEUKIN ..... 121	sirolimus ..... 121	tobramycin ..... 121
Prolia Inj..... 150	Sirturo Oral Tab..... 171	tobramycin sulfate..... 121
Promacta Oral Tab ..... 151	Sivextro Inj Sol..... 172	TOPOSAR ..... 121
Promethazine Hydrochloride Oral Tab ..... 28	Sivextro Oral Tab ..... 172	topotecan hcl ..... 121
PROSOL ..... 121	Sodium Phenylbutyate Oral Tab..... 35	TPN ELECTROLYTES..... 121
PULMOZYME ..... 121	Sodium Phenylbutyrate POWDER ORAL ..... 35	Transderm Scop Transdermal System..... 28
Quetiapine Fumarate Oral Tab ..... 152	Soltamox SOLUTION 10 MG/5ML ORAL..... 16	TRAVASOL ..... 121
Quetiapine XR..... 152	SOMATULINE DEPOT ... 121	TREANDA ..... 121
Radicava Inj. .... 153	Somavert SubQ Sol ..... 173	Trelegy Ellipta Inh. .... 192
Ranexa Oral Tab ..... 154	Sovaldi Oral Tab..... 174	Trelstar Inj..... 108
RAPAMUNE ..... 121	Sprycel Oral Tab..... 175	Tretinoin Topical Cream..... 193
Ravicti Oral Sol..... 155	Stiolto Metered Dose Inh... 176	Tretinoin Topical Gel..... 193
Rebetol Oral Solution..... 162	Stivarga TABLET 40 MG ORAL ..... 16	Trihexyphenidyl Hydrochloride Oral Sol ..... 28
RECOMBIVAX HB ..... 121	Suboxone Oral Strip ..... 36	Trihexyphenidyl Hydrochloride Oral Tab ..... 28
Regranex 0.01 % ..... 156	Sutent Oral Cap ..... 177	TRISENOX ..... 121
Remodulin Inj Soln ..... 158	Sylatron SubQ ..... 178	TROPHAMINE ..... 121
Restasis Ophthalmic Emulsion ..... 160	Synagis IM Sol ..... 180	Tykerb Oral Tab..... 196
Revatio Oral Suspension..... 147	Synarel Nasal Sol ..... 181	Tysabri Iny. Sol..... 197
Revlimid Oral Cap ..... 161	Synercid Iny..... 182	Uptravi Oral Tab ..... 198
Rexulti Oral Tab..... 17	Synribo SOLUTION RECONSTITUTED 3.5 MG SUBCUTANEOUS* ..... 16	Uptravi Titration Pack..... 198
Ribasphere Oral Cap ..... 162	tacrolimus ..... 121	Valchlor Topical Gel..... 199
Ribasphere Oral Tab ..... 162	Tacrolimus Ointment..... 190	vancomycin hcl ..... 121
Ribavirin Oral Cap..... 162	Tafinlar CAPSULE 50 MG ORAL ..... 16	Velcade IV Sol ..... 200
Ribavirin Oral Tab ..... 162	Tafinlar CAPSULE 75 MG ORAL ..... 16	Vemlidy Oral Tab ..... 201
Riluzole Oral Tab..... 163	Tagrisso Oral Tab ..... 183	Venclexta Oral Tab ..... 202
RITUXAN..... 121	Tarceva Oral Tab ..... 184	Venclexta Pack..... 202
Rivastigmine Transdermal Patch..... 62	Targretin Topical Gel ..... 185	Ventavis Inhalant Sol..... 203
Rubraca Oral Tab ..... 164	Tasigna Oral Cap..... 186	Verzenio Oral Tab..... 204
Rydapt Oral Cap..... 165	Tazarotene External ..... 187	Vigabatrin Oral Sol.Pack ... 166
Sabril Oral Tab..... 166	Tazorac External..... 187	vinblastine sulfate ..... 121
SANDIMMUNE ..... 121	Tecentriq Inj. .... 188	VINCASAR PFS ..... 122
SANDOSTATIN LAR DEPOT ..... 121	TEFLARO ..... 121	vincristine sulfate ..... 122
Saphris Sublingual Tab ..... 17	TENIVAC..... 121	vinorelbine tartrate ..... 122
Savella 4 Week Titration Pack ..... 167	Testosterone Topical Gel... 191	Vosevi Oral Tab ..... 205
Savella Oral Tab..... 167	tetanus-diphtheria toxoids td ..... 121	Votrient Oral Tab ..... 206
Scopolamine Patch..... 28		Vpriv Inj. Sol ..... 207
		Vraylar ..... 17
		VYXEOS ..... 122
		Xalkori Oral Cap..... 208
		Xatmep Oral Sol ..... 209
		Xatmep Oral Sol. .... 209
		Xeljanz Oral Tab ..... 210

Xgeva SC Inj.....	212	YONDELIS .....	122	zoledronic acid .....	122
Xifaxan Oral Tab .....	213	Yonsa Oral Tab.....	220	Zolinza Oral Cap.....	225
Xolair Inj. ....	214	Zavesca Oral Cap .....	220	Zolpidem Tartrate Oral Tab. .	82
Xtandi Oral Cap .....	216	Zejula Oral Cap .....	222	Zydelig Oral Tab.....	226
Xuriden Oral Granules .....	217	Zelboraf Oral Tablet .....	223	Zykadia Oral Cap.....	227
Xyrem Oral Sol.....	218	Zemaira Inj. Sol. ....	143	Zytiga Oral Tab.....	228
Yervoy Inj Sol.....	219	Zinbryta Prefilled Syringe ..	224		