



## **CRITERIOS DE TERAPIA ESCALONADA 2023**

MMM Único, MMM Elite, PMC Max, MMM Plenitud, MMM Encanto, MMM Supremo, MMM Integral, MMM Vibrante, MMM Deluxe, MMM Flexi Max, MMM Dinámico, MMM Balance, MMM Diamante Platino, MMM Relax Platino, MMM Valor Platino, MMM Grande Platino, MMM Dorado Platino, PMC Premier Platino, MMM ELA Relax, MMM ELA Cash, MMM ELA Grande, MMM ELA Advantage, MMM ELA Dinámico Plus, MMM Alianza Relax, MMM Alianza Valor, MMM Alianza Más, MMM Alianza Flex, MMM Alianza SEA, MMM Alianza SEA Plus

Crerios de ST (23582)

MSO-PHA-ORG-1266-112123-S

Actualizado: Noviembre 2023

## **ANTIDEPRESIVOS-SNRI**

### **Medicamentos Afectados:**

Fetzima Oral Capsule ER 20 MG, 40 MG, 80 MG, 120 MG  
Fetzima Titration Capsule ER 24 Hour Therapy Pack 20 & 40 MG Oral  
Trintellix Oral Tablet 5 MG, 10 MG, 20 MG

### **Criterio de Terapia Escalonada:**

Si el paciente ha tratado al menos DOS medicamentos del Paso 1, entonces se cubrirá medicamento del Paso 2.

**Medicamentos de Paso 1:** antidepresivos genéricos – SNRI/SSRI

**Medicamentos de Paso 2:** antidepresivos de marca – SNRI

Número de días para la revisión de reclamos para medicamentos selectos o de primera línea: 180 días.

Fecha de efectividad del historial: 180 días previos de la fecha de efectividad.

Los pacientes que hayan tomado un SNRI de Paso 2 en cualquier momento en el pasado y hayan interrumpido su uso, recibirán autorización para reiniciar el SNRI de Paso 2 (cualquiera que hayan usado en el pasado). Se otorgará autorización para un SNRI de Paso 2 si el paciente está tomando actualmente el agente solicitado.

Este programa de terapia escalonada se aplica solo a pacientes de nuevo comienzo.

## **AUVELITY**

### **Medicamentos Afectados:**

Auvelity Oral Tablet Extended Release 45-105 MG

### **Criterio de Terapia Escalonada:**

Si el paciente ha tratado un medicamento del Paso 1, entonces se cubrirá un medicamento del Paso 2.

**Medicamentos de Paso 1:** Bupropion

**Medicamentos de Paso 2:** Auvelity

Número de días para la revisión de reclamos para medicamentos selectos o de primera línea: 180 días.

Fecha de efectividad del historial: 180 días previos de la fecha de efectividad.

Se otorgará autorización para Auvelity si el paciente está tomando actualmente el agente solicitado. Este programa de terapia escalonada se aplica sólo a pacientes de nuevo comienzo.

## **DIFICID**

### **Medicamentos Afectados:**

Dificid Oral Tab 200 MG  
Dificid Oral Suspension Reconstituted 40 MG/ML

### **Criterio de Terapia Escalonada:**

Si el paciente ha tratado un medicamento del Paso 1, entonces se cubrirá un medicamento del Paso 2.

**Medicamentos de Paso 1:** vancomicina genérica (oral)

**Medicamentos de Paso 2:** Dificid

Número de días para la revisión de reclamos para medicamentos selectos o de primera línea: 180 días.

Fecha de efectividad del historial: 180 días previos de la fecha de efectividad.

Para afiliados sin historial previo de reclamaciones, el médico deberá proporcionar documentación del expediente médico o evidencia del procesamiento del medicamento en farmacia a través de otro beneficio para cumplir con la utilización anterior.

## **INHIBIDORES DPP4**

### **Medicamentos Afectados:**

Januvia Oral Tablet 25MG, 50 MG, 100 MG

Tradjenta Oral Tablet 5 MG

Alogliptin Benzoate Oral Tablet 6.25 Mg, 12.5 Mg, 25 Mg

Alogliptin-Pioglitazone Oral Tablet 12.5-30 Mg, 12.5-45 Mg, 25-15 Mg, 25-30 Mg, 25-45 Mg

### **Criterio de Terapia Escalonada:**

Si el paciente ha tratado un medicamento del Paso 1, entonces se cubrirá un medicamento del Paso 2.

**Medicamentos de Paso 1:** metformin

**Medicamento de Paso 2:** Inhibidores DPP4

El participante deberá tener 90 días acumulados de tratamiento dentro de los últimos 180 días de un medicamento del Paso 1 en el historial de reclamaciones.

Fecha de efectividad del historial: 180 días previos de la fecha de efectividad.

Para afiliados sin historial previo de reclamaciones, el médico deberá proporcionar documentación del expediente médico o evidencia del procesamiento del medicamento en farmacia a través de otro beneficio para cumplir con la utilización anterior.

Se otorgará autorización para los inhibidores de DPP4 si el paciente tiene documentación de contraindicación, evento adverso o intolerancia al uso de metformin. Este programa de terapia escalonada aplica solo a pacientes de nuevo comienzo.

## **FLAREX**

### **Medicamentos Afectados:**

Flarex Suspension 0.1 % Ophthalmic

### **Criterio de Terapia Escalonada**

Si el paciente ha tratado al menos DOS medicamentos del Paso 1, entonces se cubrirá medicamento del Paso 2.

**Medicamentos de Paso 1:** Corticosteroides oftálmicos genéricos

**Medicamentos de Paso 2:** Flarex

Número de días para la revisión de reclamos para medicamentos selectos o de primera línea: 180 días.

Fecha de efectividad del historial: 180 días previos de la fecha de efectividad.

Para afiliados sin historial previo de reclamaciones, el médico deberá proporcionar documentación del expediente médico o evidencia del procesamiento del medicamento en farmacia a través de otro beneficio para cumplir con la utilización anterior.

## **VEJIGA HIPERACTIVA**

### **Medicamentos Afectados:**

Myrbetriq ER Oral Tab 25 MG, 50 MG

### **Criterio de Terapia Escalonada**

Si el paciente ha tratado un medicamento del Paso 1, entonces se cubrirá medicamento del Paso 2.

**Medicamentos de Paso 1:** antiespasmódicos anticolinérgicos genéricos

**Medicamentos de Paso 2:** antiespasmódicos anticolinérgicos de marca comercial

El participante deberá tener 30 días acumulados de tratamiento dentro de los últimos 180 días de un medicamento del Paso 1 en el historial de reclamaciones.

Fecha de efectividad de historial: 180 días previos a la fecha de efectividad.

Para afiliados sin historial previo de reclamaciones, el médico deberá proporcionar documentación del expediente médico o evidencia del procesamiento del medicamento en farmacia a través de otro beneficio para cumplir con la utilización anterior.

## **REPATHA**

### **Medicamentos Afectados:**

Repatha Pushtronex System Solution Cartridge 420 MG/3.5ML Subcutaneous  
Repatha Solution Prefilled Syringe 140 MG/ML Subcutaneous  
Repatha SureClick Solution Auto-Injector 140 MG/ML Subcutaneous

### **Criterio de Terapia Escalonada**

Si el paciente ha tratado al menos DOS medicamentos del Paso 1, entonces se cubrirá medicamento del Paso 2.

**Medicamentos de Paso 1:** Estatinas genéricas

**Medicamentos de Paso 2:** Repatha

Número de días para la revisión de reclamos para medicamentos seleccionados es de 365 días y para medicamentos de primera línea es de 180 días.

Fecha de efectividad de historial: 180 días previos a la fecha de efectividad.

Se otorgará autorización para un Repatha si el paciente está tomando actualmente el agente solicitado. Si el paciente tiene intolerancia a las estatinas: el médico deberá proporcionar documentación del expediente médico de síntomas musculares intolerables y persistentes (más de 2 semanas) (dolor muscular, debilidad, calambres) con UNO de los siguientes: a) El paciente ha tomado al menos una estatina en combinación con Zetia (ezetimibe): con reaparición documentada de los síntomas musculares, O b) Hepatotoxicidad intolerable y persistente con TODOS los siguientes: i) Documentación que indica elevaciones persistentes (más de 3 veces el límite superior de lo normal que ocurre en más de 2 ocasiones) de transaminasas hepáticas séricas o la presencia de ictericia, Y ii) Se han descartado causas secundarias de elevaciones en los niveles de transaminasas hepáticas (infección, medicamentos, suplementos herbales). Este programa de terapia escalonada se aplica sólo a pacientes que empiezan por primera vez con el medicamento.

## **RYTARY**

### **Medicamentos Afectados:**

Rytary Oral Capsule Extended Release 23.75-95 MG, 36.25-145 MG, 48.75-195 MG, 61.25-245 MG

### **Criterio de Terapia Escalonada:**

Si el paciente ha tratado un medicamento del Paso 1, entonces se cubrirá medicamento del Paso 2.

**Medicamentos de Paso 1:** cualquier combinación de carbidopa/levodopa.

**Medicamentos de Paso 2:** Rytary

Número de días para la revisión de reclamos para medicamentos selectos o de primera línea: 180 días.

Fecha de efectividad del historial: 180 días previos de la fecha de efectividad.

Para afiliados sin historial previo de reclamaciones, el médico deberá proporcionar documentación del expediente médico o evidencia del procesamiento del medicamento en farmacia a través de otro beneficio para cumplir con la utilización anterior. Este programa de terapia escalonada se aplica sólo a pacientes que empiezan por primera vez con el medicamento.

## **ZERViate**

### **Medicamentos Afectados:**

Zerviate Solution 0.24 % Ophthalmic

### **Criterio de Terapia Escalonada:**

Si el paciente ha tratado al menos DOS medicamentos del Paso 1, entonces se cubrirá medicamento del Paso 2.

**Medicamentos de Paso 1:** antihistamínicos oftálmicos genéricos

**Medicamentos de Paso 2:** Zerviate

Número de días para la revisión de reclamos para medicamentos selectos o de primera línea: 180 días.

Fecha de efectividad del historial: 180 días previos de la fecha de efectividad.

Para afiliados sin historial previo de reclamaciones, el médico deberá proporcionar documentación del expediente médico o evidencia del procesamiento del medicamento en farmacia a través de otro beneficio para cumplir con la utilización anterior.

## Índice

Alogliptin-Benzoate .....	5	FETZIMA TITRATION PACK		RYTARY ORAL CAPSULE	
Alogliptin-Pioglitazone.....	5	.....	2	EXTENDED RELEASE....	9
AUVELITY .....	3	FLAREX.....	6	TRADJENTA TABLET .....	5
DIFICID ORAL		JANUVIA TABLET.....	5	TRINTELLIX ORAL TAB....	2
SUSPENSION.....	4	MYRBETRIQ ER ORAL TAB		ZERVIA TE.....	10
DIFICID ORAL TAB.....	4	.....	7		
FETZIMA ER .....	2	REPATHA.....	8		