



CRITERIOS DE TERAPIA ESCALONADA 2024

MMM Único, MMM Elite, PMC Max, MMM Plenitud, MMM Encanto, MMM Supremo, MMM Deluxe, MMM Balance, MMM Valioso, MMM Diamante Platino, MMM Relax Platino, MMM Valor Platino, MMM Plus Platino, MMM Dorado Platino, PMC Premier Platino, MMM ELA Relax, MMM ELA Cash, MMM ELA Grande, MMM ELA Dinámico Plus, MMM ELA Advantage, MMM Alianza Relax, MMM Alianza Valor, MMM Alianza Mas, MMM Alianza Flex, MMM Alianza Somos, MMM Alianza UPR Grande, MMM Alianza UPR Cash, MMM Alianza UPR Dinámico

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 afiliado 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.

El afiliado debe haber tratado un suministro de 30 días o más de al menos DOS medicamentos del Paso 1.

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 solo a pacientes de nuevo comienzo.

AUVELITY

Medicamentos Afectados:

Auvelity Oral Tablet Extended Release 45-105 MG

Criterio de Terapia Escalonada:

Si el afiliado 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.

El afiliado debe haber tratado un suministro de 30 días o más de un medicamento del Paso 1.

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 Auvelity si el paciente tiene antecedentes documentados de contraindicación, reacciones adversas al medicamento (ADR, según sus siglas en inglés) o intolerancia al bupropion.

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

BRILINTA

Medicamentos Afectados:

Brilinta Oral Tablet 60 MG, 90 MG

Criterio de Terapia Escalonada:

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

Medicamentos de Paso 1: clopidrogel genérico

Medicamentos de Paso 2: Brilinta

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.

El afiliado debe haber tratado un suministro de 30 días o más de un medicamento del Paso 1. 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 de nuevo comienzo.

DIFICID

Medicamentos Afectados:

Dificid Oral Tab 200 MG

Dificid Oral Suspension Reconstituted 40 MG/ML

Criterio de Terapia Escalonada:

Si el afiliado 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 de primera línea: 180 días.

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

El afiliado debe haber tratado un suministro de al menos 1 día de suplido de un medicamento del Paso 1.

VEJIGA HIPERACTIVA

Medicamentos Afectados:

Myrbetriq ER Oral Tab 25 MG, 50 MG

Criterio de Terapia Escalonada

Si el afiliado 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

Número de días para la revisión de reclamos para medicamentos de primera línea: 180 días. Fecha de efectividad de historial: 180 días previos a la fecha de efectividad.

El afiliado debe haber tratado un suministro de 30 días o más de un medicamento del Paso 1. 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 criterio de terapia escalonada no aplica a la población pediátrica con hiperactividad neurogénica del detrusor.

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 afiliado 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 selectos o de primera línea: 180 días.

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

El afiliado debe haber tratado un suministro de 30 días o más de al menos DOS medicamentos del Paso 1. 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. 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 afiliado 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.

El afiliado debe haber tratado un suministro de 30 días o más de un medicamento del Paso 1. 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.

Índice

AUVELITY	3	FETZIMA ER.....	2	REPATHA	7
Brilinta	4	FETZIMA TITRATION PACK		RYTARY ORAL CAPSULE	
DIFICID ORAL		2	EXTENDED RELEASE.....	8
SUSPENSION	5	MYRBETRIQ ER ORAL TAB		TRINTELLIX ORAL TAB ...	2
DIFICID ORAL TAB	5	6		