



CRITERIOS DE TERAPIA ESCALONADA 2019

MMM Supremo, MMM Único, MMM Elite, MMM Extra, MMM Cero, MMM Diamante Platino, MMM Completo Platino, MMM Valor Platino, MMM Relax Platino, MMM, Advantage, PMC Premier Platino, PMC Max, MMM Alianza Plus, MMM Alianza Ultra, MMM Alianza Relax, MMM ELA Relax, MMM ELA Advantage, MMM ELA Premium

Criteria de ST (19524, 19526, 19527)

MSO-PHA-ORG-1006-01-122018-S

Actualizado: Diciembre, 2018

ANTIDEPRESIVOS-SNRI

Medicamentos Afectados:

FETZIMA ER 24 HOUR 20 MG, 40 MG, 80 MG, 120 MG
FETZIMA 20 & 40 MG TITRATION PACK
TRINTELLIX ORAL TAB 5MG, 10MG, 20MG

Criterio de Terapia Escalonada:

Si el paciente ha tratado al menos dos medicamentos del Nivel 1, entonces se podrá autorizar medicamento del Nivel 2

Medicamentos de Nivel 1: antidepresivos genéricos – SNRI/SSRI

Medicamentos de Nivel 2: antidepresivos de marca – SNRI

Este programa de terapia escalonada se aplica sólo a pacientes que empiezan por primera vez con el medicamento.

Los pacientes que han tomado un medicamento de Nivel 2 con SNRI en cualquier momento en el pasado e interrumpido su uso, pueden recibir autorización para reiniciar el medicamento de Nivel 2 con SNRI (lo que utilizaron en el pasado). Se puede dar autorización para un SNRI de Nivel 2 si el paciente está tomando el agente solicitado.

180 días para revisión de reclamaciones para medicamentos selectos o de primera línea.

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

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

ANTIDEPRESIVOS-SSRI

Medicamentos Afectados:

PAXIL 10 MG/5 ML SUSPENSION
VIIBRYD 10 MG, 20 MG, & 40 MG TABLET
VIIBRYD STARTER PACK 10/20 30 DAY PACK

Criterio de Terapia Escalonada:

Si el paciente ha tratado al menos dos medicamentos del Nivel 1, entonces se podrá autorizar medicamento del Nivel 2.

Medicamentos de Nivel 1: Antidepresivos genéricos – SNRI/SSRI

Medicamentos de Nivel 2: Antidepresivos de marca comercial - SSRI

Paciente que haya utilizado un medicamento del Nivel 2 (SSRI) en cualquier momento en el pasado y lo discontinuó, podrá recibir autorización para que recomience la terapia con el medicamento del Nivel 2 SSRI (cualquiera que haya usado en el pasado). Se podrá autorizar un medicamento SSRI del Nivel 2 si el paciente está tomando actualmente el medicamento solicitado.

180 días para revisión de reclamaciones para medicamentos selectos o de primera línea.

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

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

DIFICID

Medicamentos Afectados:

DIFICID ORAL TAB 200 MG

Criterio de Terapia Escalonada:

Si el paciente ha tratado un medicamento del Nivel 1, entonces se podrá autorizar un medicamento del Nivel 2.

Medicamentos de Nivel 1: vancomycin (oral) (gen)

Medicamentos de Nivel 2: DIFICID

180 días para revisión de reclamaciones para medicamentos selectos o de primera línea.

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

Para afiliados sin historial de reclamaciones, el medico deberá proveer documentación del expediente médico o evidencia del procesamiento del medicamento en farmacia a través del administrador del beneficio de farmacia anterior. Se otorgará el acceso al medicamento de segunda línea a aquellos pacientes que tengan historial de utilización del mismo en los pasados 180 días.

DPP4

Medicamentos Afectados:

JANUMET TABLET 50-1000 MG ORAL
JANUMET TABLET 50-500 MG ORAL
JANUMET XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100-1000 MG ORAL
JANUMET XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50-1000 MG ORAL
JANUMET XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50-500 MG ORAL
JANUVIA TABLET 100 MG ORAL
JANUVIA TABLET 25 MG ORAL
JANUVIA TABLET 50 MG ORAL
JENTADUETO TABLET 2.5-1000 MG ORAL
JENTADUETO TABLET 2.5-1000 MG ORAL
JENTADUETO TABLET 2.5-500 MG ORAL
JENTADUETO TABLET 2.5-500 MG ORAL
JENTADUETO TABLET 2.5-850 MG ORAL
JENTADUETO TABLET 2.5-850 MG ORAL
JENTADUETO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG ORAL
JENTADUETO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG ORAL
JENTADUETO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG ORAL
JENTADUETO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG ORAL
KOMBIGLYZE XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG ORAL
KOMBIGLYZE XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG ORAL
KOMBIGLYZE XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-500 MG ORAL
ONGLYZA TABLET 2.5 MG ORAL
ONGLYZA TABLET 5 MG ORAL
TRADJENTA TABLET 5 MG ORAL

Si el paciente ha tratado un medicamento del Nivel 1, entonces se podrá autorizar un medicamento del Nivel 2.

Medicamentos de Nivel 1: metformin o metformin en combinación con sulfonilurea, thiazolidinedione o SGLT2.

Medicamento de Nivel 2: Inhibidores DPP4

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

Para afiliados sin historial de reclamaciones, el medico deberá proveer documentación del expediente médico o evidencia del procesamiento del medicamento en farmacia a través del administrador del beneficio de farmacia anterior.

Autorización para inhibidores de DPP4 podrá ser otorgada si el paciente tiene documentación de contraindicación, ADR o intolerancia al uso de metformin. Este programa de terapia escalonada aplica solo a pacientes de nuevo comienzo.

EZETIMIBE

Medicamentos Afectados:

EZETIMIBE ORAL TAB 10 MG

Criterio de Terapia Escalonada

Si el paciente ha tratado un medicamento del Nivel 1, entonces se podrá autorizar un medicamento del Nivel 2

Medicamentos de Nivel 1: Estatinas genéricas o niacina

Medicamentos de Nivel 2: Ezetimibe

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

Para afiliados sin historial de reclamaciones, el medico deberá proveer documentación del expediente médico o evidencia del procesamiento del medicamento en farmacia a través del administrador del beneficio de farmacia anterior. Autorización para ezetimibe podrá ser otorgada sin requerir utilización de medicamentos de primera línea a los pacientes con alguna de las siguientes condiciones: Sitosterolemia, Hipercolesterolemia familiar homocigótica. Este programa de terapia escalonada aplica solo a pacientes de nuevo comienzo.

VEJIGA HIPERACTIVA

Medicamentos Afectados:

MYRBETRIQ ER ORAL TAB 25 MG, 50 MG
VESICARE ORAL TAB 5 MG, 10 MG

Criterio de Terapia Escalonada

Si el paciente ha tratado un medicamento del Nivel 1, entonces se podrá autorizar un medicamento del Nivel 2

Medicamentos de Nivel 1: antiespasmódicos colinérgicos genéricos

Medicamentos de Nivel 2: antiespasmódicos colinérgicos de marca comercial

180 días para revisión de reclamaciones para medicamentos selectos o de primera línea.

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

El participante deberá tener 30 días acumulados de tratamiento de un medicamento de Nivel 1 en el historial de reclamaciones dentro de los últimos 180 días. Para afiliados sin historial de reclamaciones, el médico deberá proveer documentación del expediente médico o evidencia del procesamiento del medicamento en farmacia a través del administrador del beneficio de farmacia anterior. Se otorgará el acceso al medicamento de segunda línea a aquellos pacientes que tengan historial de utilización del mismo en los pasados 180 días.

INHIBIDORES SGLT-2

Medicamentos Afectados:

GLYXAMBI TABLET 10-5 MG ORAL
GLYXAMBI TABLET 25-5 MG ORAL
INVOKAMET TABLET 150-1000 MG ORAL
INVOKAMET TABLET 150-500 MG ORAL
INVOKAMET TABLET 50-1000 MG ORAL
INVOKAMET TABLET 50-500 MG ORAL
INVOKAMET XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 150-1000 MG ORAL
INVOKAMET XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 150-500 MG ORAL
INVOKAMET XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50-1000 MG ORAL
INVOKAMET XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50-500 MG ORAL
INVOKANA TABLET 100 MG ORAL
INVOKANA TABLET 300 MG ORAL
JARDIANCE TABLET 10 MG ORAL
JARDIANCE TABLET 25 MG ORAL
SYNJARDY TABLET 12.5-1000 MG ORAL
SYNJARDY TABLET 12.5-500 MG ORAL
SYNJARDY TABLET 5-1000 MG ORAL
SYNJARDY TABLET 5-500 MG ORAL
SYNJARDY XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG ORAL
SYNJARDY XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12.5-1000 MG ORAL
SYNJARDY XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25-1000 MG ORAL
SYNJARDY XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG ORAL

Criterio de Terapia Escalonada

Si el paciente ha tratado un medicamento del Nivel 1, entonces se podrá autorizar un medicamento del Nivel 2

Medicamentos de Nivel 1: metformin o combinación de metformin

Medicamentos de Nivel 2: inhibidor SGLT2

El participante deberá tener 90 días acumulados de tratamiento dentro de los últimos 180 días de un medicamento de Nivel 1 en el historial de reclamaciones. Para afiliados sin historial de reclamaciones, el medico deberá proveer documentación del expediente médico o evidencia del procesamiento del medicamento en farmacia a través del administrador del beneficio de farmacia anterior. Autorización para inhibidores de SGLT2 podrá ser otorgada si el paciente tiene documentación de contraindicación, ADR o

intolerancia al uso de metformin. Este programa de terapia escalonada aplica solo a pacientes de nuevo comienzo.

ULORIC

Medicamentos Afectados:

ULORIC ORAL TAB 40 MG
ULORIC ORAL TAB 80 MG

Criterio de Terapia Escalonada

Si el paciente ha tratado un medicamento del Nivel 1, entonces se podrá autorizar un medicamento del Nivel 2

Medicamentos de Nivel 1: allopurinol

Medicamentos de Nivel 2: Uloric

180 días para revisión de reclamaciones para medicamentos selectos o de primera línea.

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

El participante deberá tener 90 días acumulados de tratamiento de un medicamento de Nivel 1 en el historial de reclamaciones dentro de los últimos 180 días. Para afiliados sin historial de reclamaciones, el medico deberá proveer documentación del expediente médico o evidencia del procesamiento del medicamento en farmacia a través del administrador del beneficio de farmacia anterior. Se otorgará el acceso al medicamento de segunda línea a aquellos pacientes que tengan historial de utilización del mismo en los pasados 180 días.

Índice

DIFICID ORAL TAB.....	4	JANUMET XR TABLET	5	SYNJARDY TABLET	9
EZETIMIBE ORAL TAB.....	7	JANUVIA TABLET	5	SYNJARDY XR TABLET	9
FETZIMA 20 & 40 MG TITRATION PACK	2	JARDIANCE TABLET	9	TRADJENTA TABLET	5
FETZIMA ER.....	2	JENTADUETO TABLET	5	TRINTELLIX ORAL TAB 5MG, 10MG, 20MG.....	2
GLYXAMBI TABLET	9	JENTADUETO XR	5	ULORIC ORAL TAB.....	11
INVOKAMET TABLET	9	KOMBIGLYZE XR.....	5	VESICARE ORAL TAB.....	8
INVOKAMET XR TABLET	9	MYRBETRIQ ER ORAL TAB..	8	VIIBRYD 10 MG, 20 MG, & 40 MG TABLET	3
INVOKANA TABLET	9	ONGLYZA TABLET	5	VIIBRYD STARTER PACK.....	3
JANUMET TABLET.....	5	PAXIL 10 MG/5 ML SUSPENSION	3		