

CRITERIOS DE TERAPIA ESCALONADA 2027

MMM Estela, MMM Elite, PMC Max, MMM Plenitud, MMM Supremo, MMM Deluxe, MMM Balance, MMM Valioso, MMM Grandioso, MMM Mega Flex, MMM Diamante Platino, MMM Combo Platino, MMM Dorado Platino, MMM Relax Platino, PMC Premier Platino, MMM Preciso Platino, MMM ELA Relax, MMM ELA Cash, MMM Alianza Relax, MMM Alianza Valor, MMM Alianza Más, MMM Alianza Siempre, MMM Alianza Somos, MMM Alianza Dorado, MMM Alianza Íntegra, MMM Alianza Serena, MMM Alianza Acompaña

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.

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. Se concederá la autorización de medicamentos del Paso 2 si el afiliado tuvo una respuesta inadecuada, efectos adversos o presenta contraindicaciones a dos medicamentos del Paso 1.

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

ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS

Medicamentos Afectados:

Abilify Asimtufii Prefilled Syringe Intramuscular 720 MG/2.4ML, 960 MG/3.2ML
Abilify Maintena Prefilled Syringe Intramuscular 300 MG, 400 MG,
Abilify Maintena Suspension Reconstituted ER Intramuscular 300 MG, 400 MG
Aristada Initio Prefilled Syringe Intramuscular 675 MG/2.4ML
Aristada Prefilled Syringe Intramuscular 441 MG/1.6ML, 662 MG/2.4ML, 882 MG/3.2ML, 1064 MG/3.9ML
Caplyta Oral Capsule 10.5 MG, 21 MG, 42 MG
Cobenfy Oral Capsule 50-20 MG, 100-20 MG, 125-30 MG
Cobenfy Starter Pack Capsule Oral Therapy Pack 50-20 & 100-20 MG
Fanapt Oral Tablet 1 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG, 10 MG, 12 MG
Fanapt Titration Pack A Oral Tablet 1 & 2 & 4 & 6 MG
Fanapt Titration Pack B Oral Tablet 1 & 2 & 6 & 8 MG
Fanapt Titration Pack C Oral Tablet 1 & 2 & 6 MG
Invega Hafyera Suspension Intramuscular Prefilled Syringe 1092 MG/3.5ML, 1560 MG/5ML
Invega Sustenna Suspension Intramuscular Prefilled Syringe 39 MG/0.25ML, 78 MG/0.5ML, 117 MG/0.75ML, 156 MG/ML, 234 MG/1.5ML
Invega Trinza Suspension Intramuscular Prefilled Syringe 273 MG/0.88ML, 410 MG/1.32ML, 546 MG/1.75ML, 819 MG/2.63ML
Lybalvi Oral Tablet 5-10 MG, 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG
Opipza Oral Film 2 MG, 5 MG, 10 MG
Rexulti Oral Tablet 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG
Saphris Tablet Sublingual 2.5 MG, 5 MG, 10 MG
Secuado Transdermal Patch 24 Hour 3.8 MG/24HR, 5.7 MG/24HR, 7.6 MG/24HR
Versacloz Oral Suspension 50 MG/ML
Vraylar Oral Capsule 0.5 MG, 0.75 MG, 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG

Pendiente de revisión por CMS.

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, citalopram, escitalopram, fluoxetine, sertraline, venlafaxine, olanzapine.

Medicamentos de Paso 2: Auvelity

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

El afiliado debe haber tratado el medicamento del Paso 1 durante al menos 90 días acumulados.

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. Se otorgará autorización para el tratamiento de la agitación asociada a la demencia debido a la enfermedad de Alzheimer.

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

BELSOMRA

Medicamentos Afectados:

Belsomra Oral Tablet 5 MG, 10 MG, 15 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: hipnótico genérico

Medicamentos de Paso 2: Belsomra

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

El afiliado debe haber probado un suministro de 30 días o más de al menos DOS medicamentos del Paso 1. Los afiliados sin historial de medicamentos en sus reclamaciones deberán presentar documentación del historial médico o del procesamiento de reclamaciones de farmacia a través de otro beneficio para cumplir con el uso previo. Se otorgará la autorización para medicamentos del Paso 2 si el afiliado presentó una respuesta inadecuada, efectos adversos o contraindicaciones a DOS medicamentos del Paso 1.

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

DIFICID

Medicamentos Afectados:

Fidaxomicin Oral Tablet 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 (fidaxomicin)

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

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

EXXUA

Medicamentos Afectados:

Exxua Oral Tablet Extended Release 24 Hour 18.2 MG
Exxua Oral Tablet Extended Release 24 Hour 36.3 MG
Exxua Oral Tablet Extended Release 24 Hour 54.5 MG
Exxua Oral Tablet Extended Release 24 Hour 72.6 MG
Exxua Titration Pack Oral Tablet Extended Release 24 Hour 18.2 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: citalopram, escitalopram, fluoxetine, paroxetine, sertraline, venlafaxine, desvenlafaxine, duloxetine, Fetzima y Trintellix.

Medicamentos de Paso 2: Exxua (gepirone)

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

El afiliado debe haber probado un suministro de 30 días o más de al menos DOS medicamentos del Paso 1. Los afiliados sin historial de medicamentos en sus reclamaciones deberán presentar documentación del historial médico o del procesamiento de reclamaciones de farmacia a través de otro beneficio para cumplir con el uso previo. Se otorgará la autorización para medicamentos del Paso 2 si el afiliado presentó una respuesta inadecuada, efectos adversos o contraindicaciones a dos medicamentos del Paso 1.

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

NURTEC/UBRELVY

Medicamentos Afectados:

Nurtec Oral Tablet Dispersible 75 MG

Ubrelvy Oral Tablet 50 MG, 100 MG

Criterio de Terapia Escalonada

Si el afiliado ha tratado al menos UN medicamento del Paso 1, entonces se cubrirá medicamento del Paso 2.

Medicamentos de Paso 1: triptán genérico, agonista de los receptores 5-HT1

Medicamentos de Paso 2: Nurtec o Ubrelvy

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

El afiliado debe haber tratado un suministro de 30 días o más de al menos 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 concederá la autorización de medicamentos del Paso 2 si el afiliado tuvo una respuesta inadecuada, efectos adversos o presenta contraindicaciones a UN medicamento del Paso 1.

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

VEJIGA HIPERACTIVA

Medicamentos Afectados:

Myrbetriq Oral Tablet Extended Release 24 Hour 25 MG, 50 MG

Criterio de Terapia Escalonada

Si el afiliado ha tratado al menos UN medicamento del Paso 1, entonces se cubrirá medicamento del Paso 2.

Medicamentos de Paso 1: tolterodine, oxybutynin, trospium or solifenacin.

Medicamentos de Paso 2: Myrbetriq

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

El afiliado debe haber tratado el medicamento del Paso 1 durante al menos 90 días acumulados.

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.

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

PAROXETINE (HRM)

Medicamentos Afectados:

PARoxetine HCl ER Oral Tablet Extended Release 24 Hour 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG

PARoxetine HCl Oral Suspension 10 MG/5ML

PARoxetine HCl Oral Tablet 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG

Criterio de Terapia Escalonada

Si el afiliado ha tratado al menos UN medicamento del Paso 1, entonces se cubrirá medicamento del Paso 2.

Medicamentos de Paso 1: sertraline, desvenlafaxine, escitalopram, bupropion, mirtazapine, venlafaxine or duloxetine.

Medicamentos de Paso 2: paroxetine

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

El afiliado debe haber tratado un suministro de 30 días o más de al menos 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 concederá la autorización de medicamentos del Paso 2 si el afiliado tuvo una respuesta inadecuada, efectos adversos o presenta contraindicaciones a UN medicamento del Paso 1.

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

REPATHA

Medicamentos Afectados:

Repatha Solution Prefilled Syringe 140 MG/ML Subcutaneous
Repatha SureClick Solution Auto-Injector 140 MG/ML Subcutaneous

Pendiente de revisión por CMS.

Índice

Abilify Asimtufii.....3	Fanapt Oral Tablet..... 3	PARoxetine HCl ER 10
Abilify Maintena.....3	Fanapt Titration Pack 3	PARoxetine HCl Oral
Aristada Initio 3	FETZIMA ER..... 2	Suspension 10
Aristada Prefilled Syringe 3	FETZIMA TITRATION PACK	PARoxetine HCl Oral Tablet 10
AUVELITY 4	 2, 3	REPATHA 11
BELSOMRA.....5	Fidaxomicin ORAL TAB 6	Rexulti.....3
Caplyta 3	Invega Hafyera 3	Saphris.....3
Cobenfy Oral Capsule.....3	Invega Sustenna..... 3	Secuado Transdermal.....3
Cobenfy Starter Pack 3	Invega Trinza..... 3	TRINTELLIX ORAL TAB 2
DIFICID ORAL	Lybalvi..... 3	Ubrelvy Oral Tablet 8
SUSPENSION 6	Myrbetriq Oral Tablet..... 9	Versacloz Oral Suspension 3
Exxua Oral Tablet 7	Nurtec Oral Tablet..... 8	Vraylar 3
Exxua Titration Pack.....7	Opipza Oral Film..... 3	