



CRITERIOS DE TERAPIA ESCALONADA 2018

First Plus Advantage

Crterios de ST (00018492)

MMM-PHA-QRG-920-05-052318-S-FP
Actualizado: mayo, 2018

PO BOX 71114 SAN JUAN PR 00936-8014

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.

Se otorgará el acceso al medicamento de segunda línea a aquellos pacientes que tengan historial

de utilización del mismo en los pasados 180 días. 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.

Se otorgará el acceso al medicamento de segunda línea a aquellos pacientes que tengan historial de utilización del mismo en los pasados 180 días. 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: 365 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.

DPP4

Medicamentos Afectados:

JANUMET ER ORAL TAB 500 MG/50 MG
JANUMET ER ORAL TAB 1000 MG/50 MG
JANUMET ER ORAL TAB 1000 MG/100 MG
JANUMET ORAL TAB 500 MG/50 MG
JANUMET ORAL TAB 1000 MG/50 MG
JANUVIA ORAL TAB 50 MG
JANUVIA ORAL TAB 25 MG
JANUVIA ORAL TAB 100 MG
ONGLYZA ORAL TAB 2.5 MG
ONGLYZA ORAL TAB 5 MG
KOMBIGLYZE ER ORAL TAB 1000 MG/2.5 MG
KOMBIGLYZE ER ORAL TAB 1000 MG/5 MG
KOMBIGLYZE ER ORAL TAB 500 MG/5 MG
TRADJENTA ORAL TAB 5 MG
JENTADUETO ORAL TAB 2.5 MG/500 MG
JENTADUETO ORAL TAB 2.5 MG/850 MG
JENTADUETO ORAL TAB 2.5 MG/1000 MG
JENTADUETO ER ORAL TAB 2.5 MG/1000 MG
JENTADUETO ER ORAL TAB 5 MG/1000 MG

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 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.

INHIBIDORES SGLT-2

Medicamentos Afectados:

FARXIGA ORAL TAB 5 MG
FARXIGA ORAL TAB 10 MG
XIGDUO ER ORAL TAB 2.5-1000 MG
XIGDUO ER ORAL TAB 5-500 MG
XIGDUO ER ORAL TAB 5-1000MG
XIGDUO ER ORAL TAB 10-500 MG
XIGDUO ER ORAL TAB 10-1000 MG
JARDIANCE ORAL TAB 10 MG
JARDIANCE ORAL TAB 25 MG
SYNJARDY ORAL TAB 5-500 MG
SYNJARDY ORAL TAB 12.5 – 1000 MG
SYNJARDY ORAL TAB 5-1000 MG
SYNJARDY ORAL TAB 12.5-1000 MG
GLYXAMBI ORAL TAB 5-10 MG
GLYXAMBI ORAL TAB 5-25 MG
INVOKANA ORAL TAB 100 MG
INVOKANA ORAL TAB 300 MG
INVOKAMET ORAL TAB 50-500 MG
INVOKAMET ORAL TAB 50-1000 MG
INVOKAMET ORAL TAB 150-500 MG
INVOKAMET ORAL TAB 150-100 MG,
INVOKAMET ER ORAL TAB 50-500 MG
INVOKAMET ER ORAL TAB 50 – 1000 MG
INVOKAMET ER ORAL TAB 150 – 500 MG
INVOKAMET ER ORAL TAB 150 – 1000 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: 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.

SILENOR

Medicamentos Afectados:

SILENOR ORAL TAB 3 MG, 6 MG

Criterios 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: Temazepam o estazolam

Medicamentos de Nivel 2: SILENOR

El participante deberá tener 30 días acumulados de terapia del medicamento de primera línea 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.

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

Se podrá autorizar Silenor sin requerir utilización de medicamentos del Nivel 1 si el paciente tiene documentado historial de adicción a sustancias controladas. Se otorgará el acceso al medicamento de segunda línea a aquellos pacientes que tengan historial de utilización del mismo en los pasados 180 días. Este programa de terapia escalonada aplica solo a pacientes de nuevo comienzo.

Índice:

| | | | |
|--|---|--|----|
| DIFICID ORAL TAB | 4 | KOMBIGLYZE ER ORAL TAB..... | 5 |
| EZETIMIBE ORAL TAB | 7 | MYRBETRIQ ER ORAL TAB..... | 8 |
| FARXIGA ORAL TAB | 9 | ONGLYZA ORAL TAB..... | 5 |
| FETZIMA 20 & 40 MG TITRATION PACK | 2 | PAXIL 10 MG/5 ML SUSPENSION..... | 3 |
| FETZIMA ER..... | 2 | SILENOR ORAL TAB 3 MG, 6 MG..... | 10 |
| GLYXAMBI ORAL TAB..... | 9 | SYNJARDY ORAL TAB | 9 |
| INVOKAMET ER ORAL TAB..... | 9 | TRADJENTA ORAL TAB | 5 |
| INVOKAMET ORAL TAB..... | 9 | TRINTELLIX ORAL TAB 5MG, 10MG, 20MG..... | 2 |
| INVOKANA ORAL TAB..... | 9 | VESICARE ORAL TAB..... | 8 |
| JANUMET ER ORAL TAB | 5 | VIIBRYD 10 MG, 20 MG, & 40 MG TABLET..... | 3 |
| JANUMET ORAL TAB | 5 | VIIBRYD STARTER PACK | 3 |
| JANUVIA ORAL TAB..... | 5 | XIGDUO ER ORAL TAB..... | 9 |
| JARDIANCE ORAL TAB..... | 9 | | |
| JENTADUETO ORAL TAB | 5 | | |