CRITERIOS DE TERAPIA ESCALONADA 2026

MMM Único, Único, 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 Flexi Platino, MMM ELA Relax, MMM ELA Cash, MMM AEE, MMM Alianza Relax, MMM Alianza Valor, MMM Alianza Más, MMM Alianza Siempre, MMM Alianza Somos, MMM Avance Flex, MMM Pleno Flex, MMM Máximo Flex, MMM Claro, MMM Supremacy I, MMM Supremacy II, MMM Supremacy III, MMM Wells Fargo & Company Flex.

Criterios de ST (26393)

MSO-PHA-ORG-1360-082026-S
Actualizado: Agosto 2026

PO BOX 71114 SAN JUAN, P.R. 00936-8015

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. 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.

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 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: A) genérico zaleplon, zolpidem, estazolam, ramelteon, tasimelteon, doxepin, o temazepam**.**

Medicamentos de Paso 2: Belsomra

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 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.

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.

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, Trintellix.

Medicamentos de Paso 2: Exxua (gepirone)

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 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.

VEJIGA HIPERACTIVA

Medicamentos Afectados:

Mirabegron ER Oral Tab 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: mirabegron

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 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.

REPATHA

Medicamentos Afectados:

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 el medicamento del Paso 1 durante al menos 90 días acumulados 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 dará autorización para Repatha si el paciente tiene antecedentes documentados de contraindicación, ADR (según sus siglas en inglés) o intolerancia a las estatinas.

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

Índice

AUVELITY 3
BELSOMRA.....4
DIFICID ORAL SUSPENSION 5
EXXUA 6
FETZIMA ER..... 2
FETZIMA TITRATION PACK 2
Fidaxomicin ORAL TAB 5
Mirabegron ER ORAL TAB...7
REPATHA 8
TRINTELLIX ORAL TAB 2