



Triple-S Advantage

Criterios de Terapia Escalonada 2022

TABLA DE CONTENIDO

ABILIFY	3
ADHD	4
ALDOSTERONE ANTAGONISTS.....	5
ATYPICAL ANTIPSYCHOTICS	6
BISPHOSPHONATES	7
CALCINEURIN INHIBITORS	8
CELECOXIB	9
FEBUXOSTAT	10
H1 BLOCKING AGENTS, NON-SEDATING	11
INCRETIN MIMETICS.....	12
NEUPRO	13
OCULAR ALLERGIES	14
PROTON PUMP INHIBITORS	15
REXULTI.....	16
RHOPRESSA	17
RYTARY	18
SSRIS/SNRIS	19
TOPICAL ANTIVIRALS.....	20
TRIPTANS	21
VIIBRYD	22

ABILIFY

Drogas Afectadas (también conocidas como Drogas-Paso 2)

ABILIFY MAINTENA

ARIPIRAZOLE TABLET DISINTEGRATING

ARIPIRAZOLE ORAL SOLUTION

Criterios de Terapia Escalonada

Si el paciente ha tratado al menos 30 días de suplido de un medicamento del Paso 1 en los 180 días anteriores, entonces se podrá brindar autorización para un medicamento del Paso 2.

Medicamentos del Paso 1

Aripiprazole Oral (no ODT), Citalopram, Escitalopram, Fluoxetine, Haloperidol, Olanzapine, Quetiapine, Risperidone, Sertraline o Ziprasidone.

Número de días para revisión de reclamaciones para los medicamentos seleccionados o de primera línea: 180 días

ADHD

Drogas Afectadas (también conocidas como Drogas-Paso 2)

ATOMOXETINE HCL

Criterios de Terapia Escalonada

Si el paciente ha tratado al menos 30 días de suplido de un medicamento del Paso 1 en los 180 días anteriores, entonces se podrá brindar autorización para un medicamento del Paso 2.

Medicamentos del Paso 1

Amphetamine-Dextroamphetamine, Methylphenidate o Methylphenidate ER.

Número de días para revisión de reclamaciones para los medicamentos seleccionados o de primera línea: 180 días

ALDOSTERONE ANTAGONISTS

Drogas Afectadas (también conocidas como Drogas-Paso 2)

EPLERENONE

Criterios de Terapia Escalonada

Si el paciente ha tratado al menos 30 días de suplido de un medicamento del Paso 1 en los 180 días anteriores, entonces se podrá brindar autorización para un medicamento del Paso 2.

Medicamentos del Paso 1

Spironolactone o Spironolactone-HCTZ.

Número de días para revisión de reclamaciones para los medicamentos seleccionados o de primera línea: 180 días

ATYPICAL ANTIPSYCHOTICS

Drogas Afectadas (también conocidas como Drogas-Paso 2)

CAPLYTA

FANAPT

FANAPT TITRATION PACK

INVEGA SUSTENNA

LATUDA

PALIPERIDONE ER

RISPERDAL CONSTA

SAPHRIS

SECUADO

VERSACLOZ

VRAYLAR

ZYPREXA RELPREVV

Criterios de Terapia Escalonada

Si el paciente ha tratado al menos 30 días de suplido de un medicamento del Paso 1 en los 180 días anteriores, entonces se podrá brindar autorización para un medicamento del Paso 2.

Medicamentos del Paso 1

Clozapine, Olanzapine, Quetiapine, Risperidone o Ziprasidone.

Número de días para revisión de reclamaciones para los medicamentos seleccionados o de primera línea: 180 días

BISPHOSPHONATES

Drogas Afectadas (también conocidas como Drogas-Paso 2)

IBANDRONATE SODIUM

Criterios de Terapia Escalonada

Si el paciente ha tratado al menos 28 días de suplido de un medicamento del Paso 1 en los 180 días anteriores, entonces se podrá brindar autorización para un medicamento del Paso 2.

Medicamentos del Paso 1

Alendronate.

Número de días para revisión de reclamaciones para los medicamentos seleccionados o de primera línea: 180 días

CALCINEURIN INHIBITORS

Drogas Afectadas (también conocidas como Drogas-Paso 2)

TACROLIMUS UNGUENTO

Criterios de Terapia Escalonada

Si el paciente ha tratado al menos 30 días de suplido de un medicamento del Paso 1 en los 180 días anteriores, entonces se podrá brindar autorización para un medicamento del Paso 2.

Medicamentos del Paso 1

Ammonium Lactate, Betamethasone, Desonide, Fluocinolone Topical, Fluocinonide Topical, Fluticasone Topical, Hydrocortisone Topical, Mometasone Topical o Triamcinolone Topical.

Número de días para revisión de reclamaciones para los medicamentos seleccionados o de primera línea: 180 días

CELECOXIB

Drogas Afectadas (también conocidas como Drogas-Paso 2)

CELECOXIB

Criterios de Terapia Escalonada

Si el paciente ha tratado dos medicamentos del Paso 1 por al menos 10 días de suplido en los 180 días anteriores, entonces se podrá brindar autorización para un medicamento del Paso 2.

Medicamentos del Paso 1

Diclofenac Potassium, Ibuprofen, Meloxicam, Nabumetone, Naproxen DR, Naproxen o Sulindac.

Número de días para revisión de reclamaciones para los medicamentos seleccionados o de primera línea: 180 días

FEBUXOSTAT

Drogas Afectadas (también conocidas como Drogas-Paso 2)

FEBUXOSTAT

Criterios de Terapia Escalonada

Si el paciente ha tratado al menos 30 días de suplido de un medicamento del Paso 1 en los 180 días anteriores, entonces se podrá brindar autorización para un medicamento del Paso 2.

Medicamentos del Paso 1

Allopurinol.

Número de días para revisión de reclamaciones para los medicamentos seleccionados o de primera línea: 180 días

H1 BLOCKING AGENTS, NON-SEDATING

Drogas Afectadas (también conocidas como Drogas-Paso 2)

DESLORATADINE

LEVOCETIRIZINE DIHYDROCHLORIDE

Criterios de Terapia Escalonada

Si el paciente ha tratado al menos 30 días de suplido de un medicamento del Paso 1 en los 180 días anteriores, entonces se podrá brindar autorización para un medicamento del Paso 2.

Medicamentos del Paso 1

Alavert-OTC, Alavert Allergy/Sinus - OTC, All Day Allergy-OTC, Allegra Allergy-OTC, Allegra Allergy Childrens-OTC, Allegra D 12 Hour-OTC, Allergy Relief Child - OTC, Allergy Relief Childrens-OTC, Allergy Relief-OTC, Cetirizine Chewable Tablet-OTC, Cetirizine Disintegrating Oral Tablet-OTC, Cetirizine Oral Capsule-OTC, Cetirizine Oral Solution-OTC, Cetirizine Oral Solution-RX, Cetirizine Oral Tablet-OTC, Cetirizine HCl/Pseudoephedrine HCl ER 12 Hour-OTC, Fexofenadine Disintegrating Oral Tablet-OTC, Fexofenadine Oral Suspension-OTC, Fexofenadine Oral Tablet-OTC, Fexofenadine HCl/Pseudoephedrine HCl ER 12 Hour-OTC, Levocetirizine Oral Tablet-OTC, Levocetirizine Oral Tablet-RX, Loratadine Chewable Tablet-OTC, Loratadine Disintegrating Oral Tablets-OTC, Loratadine Oral Capsule-OTC, Loratadine Oral Solution-OTC, Loratadine Oral Tablet-OTC, Loratadine HCl/Pseudoephedrine HCl ER 12 Hour-OTC o Loratadine HCl/Pseudoephedrine HCl ER 24 Hour-OTC.

Número de días para revisión de reclamaciones para los medicamentos seleccionados o de primera línea: 180 días

INCRETIN MIMETICS*

Drogas Afectadas (también conocidas como Drogas-Paso 2)

BYDUREON BCISE

SOLIQUA

SYMLINPEN 120

SYMLINPEN 60

TRULICITY

Criterios de Terapia Escalonada

Si el paciente ha tratado al menos 30 días de suplido de un medicamento del Paso 1 en los 180 días anteriores, entonces se podrá brindar autorización para un medicamento del Paso 2.

Medicamentos del Paso 1

Acarbose, Glimepiride, Glipizide, Glipizide ER, Glipizide-Metformin, Glyxambi, Humalog, Humulin, Invokamet, Invokamet XR, Invokana, Janumet, Janumet XR, Januvia, Jardiance, Jentadueto, Jentadueto XR, Lantus, Metformin, Metformin ER, Nateglinide, Pioglitazone, Pioglitazone-Glimepiride, Pioglitazone-Metformin, Repaglinide, Synjardy, Synjardy XR, Toujeo, Tradjenta o Trijardy XR.

Número de días para revisión de reclamaciones para los medicamentos seleccionados o de primera línea: 180 días

* Pendiente a revisión de CMS

NEUPRO

Drogas Afectadas (también conocidas como Drogas-Paso 2)

NEUPRO

Criterios de Terapia Escalonada

Si el paciente ha tratado al menos 30 días de suplido de un medicamento del Paso 1 en los 180 días anteriores, entonces se podrá brindar autorización para un medicamento del Paso 2.

Medicamentos del Paso 1

Pramipexole o Ropinirole.

Número de días para revisión de reclamaciones para los medicamentos seleccionados o de primera línea: 180 días

OCULAR ALLERGIES

Drogas Afectadas (también conocidas como Drogas-Paso 2)

OLOPATADINE HCl

Criterios de Terapia Escalonada

Si el paciente ha tratado al menos 30 días de suplido de un medicamento del Paso 1 en los 180 días anteriores, entonces se podrá brindar autorización para un medicamento del Paso 2.

Medicamentos del Paso 1

Alaway-OTC, Claritin Eye-OTC, Ketotifen Fumarate-OTC o Zaditor-OTC.

Número de días para revisión de reclamaciones para los medicamentos seleccionados o de primera línea: 180 días

PROTON PUMP INHIBITORS

Drogas Afectadas (también conocidas como Drogas-Paso 2)

DEXILANT

ESOMEPRAZOLE

LANSOPRAZOLE

Criterios de Terapia Escalonada

Si el paciente ha tratado al menos 30 días de suplido de un medicamento del Paso 1 en los 180 días anteriores, entonces se podrá brindar autorización para un medicamento del Paso 2.

Medicamentos del Paso 1

Para la reducción del riesgo de úlcera gástrica asociada a NSAID: Lansoprazole DR-OTC.

Para otras indicaciones: Lansoprazole DR-OTC, Omeprazole-RX, Omeprazole-OTC, Pantoprazole-RX o Prevacid 24HR-OTC.

Número de días para revisión de reclamaciones para los medicamentos seleccionados o de primera línea: 180 días

REXULTI

Drogas Afectadas (también conocidas como Drogas-Paso 2)

REXULTI

Criterios de Terapia Escalonada

Si el paciente ha tratado al menos 30 días de suplido de un medicamento del Paso 1 en los 180 días anteriores, entonces se podrá brindar autorización para un medicamento del Paso 2.

Medicamentos del Paso 1

Citalopram, Escitalopram, Fluoxetine, Olanzapine, Quetiapine, Risperidone, Sertraline, Venlafaxine, Venlafaxine ER o Ziprasidone.

Número de días para revisión de reclamaciones para los medicamentos seleccionados o de primera línea: 180 días

RHOPRESSA

Drogas Afectadas (también conocidas como Drogas-Paso 2)

RHOPRESSA

Criterios de Terapia Escalonada

Si el paciente ha tratado al menos 30 días de suplido de un medicamento del Paso 1 en los 180 días anteriores, entonces se podrá brindar autorización para un medicamento del Paso 2.

Medicamentos del Paso 1

Bimatoprost, Brimonidine, Brinzolamide, Dorzolamide, Latanoprost, Levobunolol or Timolol.

Número de días para revisión de reclamaciones para los medicamentos seleccionados o de primera línea: 180 días

RYTARY

Drogas Afectadas (también conocidas como Drogas-Paso 2)

RYTARY

Criterios de Terapia Escalonada

Si el paciente ha tratado al menos 30 días de suplido de un medicamento del Paso 1 en los 180 días anteriores, entonces se podrá brindar autorización para un medicamento del Paso 2.

Medicamentos del Paso 1

Carbidopa-Levodopa, Carbidopa-Levodopa ER o Carbidopa-Levodopa-Entacapone.

Número de días para revisión de reclamaciones para los medicamentos seleccionados o de primera línea: 180 días

SSRIS/SNRIS

Drogas Afectadas (también conocidas como Drogas-Paso 2)

DESVENLAFAXINE ER

DESVENLAFAXINE SUCCINATE ER

FETZIMA

FETZIMA TITRATION

Criterios de Terapia Escalonada

Si el paciente ha tratado al menos 30 días de suplido de un medicamento del Paso 1 en los 180 días anteriores, entonces se podrá brindar autorización para un medicamento del Paso 2.

Medicamentos del Paso 1

Citalopram, Duloxetine, Escitalopram, Fluoxetine, Fluvoxamine, Sertraline, Venlafaxine o Venlafaxine ER.

Número de días para revisión de reclamaciones para los medicamentos seleccionados o de primera línea: 180 días

TOPICAL ANTIVIRALS

Drogas Afectadas (también conocidas como Drogas-Paso 2)

DENAVIR

Criterios de Terapia Escalonada

Si el paciente ha tratado al menos 30 días de suplido de un medicamento del Paso 1 en los 180 días anteriores, entonces se podrá brindar autorización para un medicamento del Paso 2.

Medicamentos del Paso 1

Abreva-OTC o Docosanol-OTC.

Número de días para revisión de reclamaciones para los medicamentos seleccionados o de primera línea: 180 días

TRIPTANS

Drogas Afectadas (también conocidas como Drogas-Paso 2)

SUMATRIPTAN SUCCINATE SC AUTO INJ

SUMATRIPTAN SUCCINATE SC REFILL

Criterios de Terapia Escalonada

Si el paciente ha tratado al menos 30 días de suplido de un medicamento del Paso 1 en los 180 días anteriores, entonces se podrá brindar autorización para un medicamento del Paso 2.

Medicamentos del Paso 1

Rizatriptan, Sumatriptan Oral Tablet o Sumatriptan Succinate Subcutaneous Injection Solution.

Número de días para revisión de reclamaciones para los medicamentos seleccionados o de primera línea: 180 días

VIIBRYD

Drogas Afectadas (también conocidas como Drogas-Paso 2)

VIIBRYD

VIIBRYD STARTER PACK

Criterios de Terapia Escalonada

Si el paciente ha tratado al menos 30 días de suplido de un medicamento del Paso 1 en los 180 días anteriores, entonces se podrá brindar autorización para un medicamento del Paso 2.

Medicamentos del Paso 1

Citalopram, Escitalopram, Fluoxetine, Fluvoxamine o Sertraline.

Número de días para revisión de reclamaciones para los medicamentos seleccionados o de primera línea: 180 días