



## **Triple-S Advantage**

# **Criterios de Terapia Escalonada 2020**

## TABLA DE CONTENIDO

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

## **ABILIFY**

---

### **Drogas Afectadas (también conocidas como Drogas-Paso 2)**

ABILIFY MANTENA

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, Geodon Injectable Solution, 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, Geodon Injectable Solution, 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

RISEDRONATE 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)**

PIMECROLIMUS

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, Desoximetasone, 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, Diclofenac Sodium DR, Diclofenac Sodium ER, Flurbiprofen, Ibuprofen, Ketoprofen, Meloxicam, Nabumetone, Naproxen DR, Naproxen Oral Tablet o Sulindac.

**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  
BYDUREON BCISE  
RYBELSUS  
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, Riomet ER, Synjardy, Synjardy XR o Tradjenta.

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

## **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, Geodon Injectable Solution, 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**

## **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 suministro 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)**

NARATRIPTAN HCl

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**

## **ULORIC**

---

### **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**

## **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**