

Criterios de terapia escalonada

2025 MCSNP

Última actualización: 8/1/2025

## TRATAMIENTO CON DULOXETINE: UHCMR

---

### Productos Afectados

- Drizalma Sprinkle

### Detalles

|                  |                                                                                                                |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Criterios</b> | Paso 1: Duloxetine genérica, del Formulario. Paso 2: Drizalma. Aprobar la continuación del tratamiento previo. |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

# TRATAMIENTO CON FANAPT: UHCMR

---

## Productos Afectados

- Fanapt
- Fanapt Titration Pack A
- Fanapt Titration Pack B
- Fanapt Titration Pack C

## Detalles

|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Criterios</b> | Paso 1: Dos de los siguientes antipsicóticos atípicos genéricos orales de un solo ingrediente del Formulario: asenapine, aripiprazole, paliperidone, olanzapine, quetiapine, risperidone, ziprasidone. Paso 2: Fanapt. Aprobar la continuación del tratamiento previo. |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

# TRATAMIENTO CON LYBALVI: UHCMR

---

## Productos Afectados

- Lybalvi

## Detalles

|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Criterios</b> | Paso 1: Dos de los siguientes antipsicóticos atípicos genéricos orales de un solo ingrediente del Formulario: asenapine, aripiprazole, paliperidone, olanzapine, quetiapine, risperidone, ziprasidone. Paso 2: Lybalvi. Aprobar la continuación del tratamiento previo. |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

# TRATAMIENTO CON UN INHIBIDOR DE LAS RHO CINASAS: UHCMR

---

## Productos Afectados

- Rhopressa
- Rocklatan

## Detalles

|                  |                                                                                                        |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Criterios</b> | Paso 1: Uno de los siguientes: Lumigan, latanoprost genérico, Vyzulta.<br>Paso 2: Rhopressa, Rocklatan |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|

# TRATAMIENTO CON PARCHE DE RIVASTIGMINE: UHCMR

---

## Productos Afectados

- Sistemas transdérmicos Rivastigmine

## Detalles

|                  |                                                                                                        |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Criterios</b> | Paso 1: Cápsula de rivastigmine oral genérica. Paso 2: Sistemas transdérmicos de rivastigmine genérica |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|

# TRATAMIENTO CON RYTARY: UHCMR

---

## Productos Afectados

- Rytary

## Detalles

|                  |                                                                                                                                                      |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Criterios</b> | Paso 1: Uno de los siguientes: carbidopa/levodopa IR genérica, carbidopa/levodopa ER genérica, tabletas, o carbidopa/levodopa ODT.<br>Paso 2: Rytary |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

# TRATAMIENTO CON SECUADO: UHCMR

---

## Productos Afectados

- Secuado

## Detalles

|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Criterios</b> | Paso 1: Dos de los siguientes antipsicóticos atípicos genéricos orales de un solo ingrediente del Formulario: asenapine, aripiprazole, paliperidone, olanzapine, quetiapine, risperidone, ziprasidone. Paso 2: Secuado. Aprobar la continuación del tratamiento previo. |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

# TRATAMIENTO CON INHIBIDORES DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA Y NORADRENALINA (SNRI)

---

## Productos Afectados

- Fetzima
- Fetzima Titration Pack

## Detalles

|                  |                                                                                                                                     |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Criterios</b> | Paso 1: Cápsulas de liberación prolongada de venlafaxine genérica. Paso 2: Fetzima. Aprobar la continuación del tratamiento previo. |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

# TRATAMIENTO CON INMUNOMODULADORES TÓPICOS

---

## Productos Afectados

- Pimecrolimus
- Tacrolimus UNGÜENTO

## Detalles

|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Criterios</b> | Paso 1: Dos cualesquiera de los siguientes agentes tópicos del Formulario: desonide ungüento, hydrocortisone 2.5% crema, hydrocortisone 2.5% ungüento, aug betamethasone genérica 0.05%, fluocinonide 0.05%. Paso 2: Pimecrolimus genérico, tacrolimus tópico genérico |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

# TRATAMIENTO ORAL CON UCERIS: UHCMR

---

## Productos Afectados

- Budesonide Er

## Detalles

|                  |                                                                                                                                  |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Criterios</b> | Paso 1: Medicamento de marca Apriso o mesalamine genérica 1.2g Y sulfasalazine genérica. Paso 2: Budesonide ER genérica, tableta |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

# TRATAMIENTO CON ULORIC: UHCMR

---

## Productos Afectados

- Febuxostat

## Detalles

|                  |                                                                |
|------------------|----------------------------------------------------------------|
| <b>Criterios</b> | Paso 1: Allopurinol genérico oral. Paso 2: febuxostat genérico |
|------------------|----------------------------------------------------------------|

# TRATAMIENTO CON VUMERITY: UHCMR

---

## Productos Afectados

- Vumerity

## Detalles

|                  |                                                                                             |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Criterios</b> | Paso 1: Cualquier producto del Formulario que contenga dimethyl fumarate. Paso 2: Vumerity. |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|

# TRATAMIENTO CON ZONISADE SUSPENSIÓN

## Productos Afectados

- Zonisade

## Detalles

|                  |                                                                                                                         |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Criterios</b> | Paso 1: Cápsula de zonisamide genérica. Paso 2: Zonisade suspensión.<br>Aprobar la continuación del tratamiento previo. |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Los planes están asegurados a través de UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas, una organización de planes Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare y un patrocinador de la Parte D aprobado por Medicare. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.

[<OVEX3386716\_000>]

N.º de ID del Formulario: 00025003

Y0066 130404 093413 CMS Approved