

Criterios de terapia escalonada

2026 MCOE

Última actualización: 7/1/2026

## TRATAMIENTO CON BAFIERTAM - UHCMR

---

### Productos Afectados

- Bafiertam

### Detalles

|                  |                                                                              |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Criterios</b> | Paso 1: Producto genérico que contenga dimethyl fumarate. Paso 2: Bafiertam. |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------|

# TRATAMIENTO CON DULOXETINE - UHCMR

---

## Productos Afectados

- Drizalma Sprinkle

## Detalles

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

## TRATAMIENTO 2 CON LYBALVI - UHCMR

---

### Productos Afectados

- Lybalvi

### Detalles

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

# TRATAMIENTO CON UN INHIBIDOR DE LAS RHO CINASAS - UHCMR

---

## Productos Afectados

- Rhopressa
- Rocklatan

## Detalles

|           |                                                                       |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------|
| Criterios | Paso 1: Lumigan o latanoprost genérico. Paso 2: Rhopressa, Rocklatan. |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------|

# TRATAMIENTO CON PARCHE DE RIVASTIGMINE - UHCMR

---

## Productos Afectados

- Rivastigmine Transdermal System

## Detalles

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

# 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 para 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 para 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 genérico tópico |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

# TRATAMIENTO ORAL CON UCERIS - UHCMR

---

## Productos Afectados

- Budesonide Er

## Detalles

|                  |                                                                                                                                                                                 |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Criterios</b> | Paso 1: Mesalamine genérica en cápsulas de 0.375g o mesalamine genérica de 1.2g, Y sulfasalazine genérica. Paso 2: Tableta de liberación prolongada (ER) de budesonide genérica |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

# TRATAMIENTO CON ULORIC - UHCMR

---

## Productos Afectados

- Febuxostat

## Detalles

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

# TRATAMIENTO CON ZONISADE SUSPENSIÓN

## Productos Afectados

- Zonisade

## Detalles

|                  |                                                                                                                                |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Criterios</b> | Paso 1: Cápsula de zonisamide genérica. Paso 2: Suspensión de zonisamide. Aprobar para 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 00026002**

**Y0066\_130404\_093413 CMS Approved**