



Criterios de terapia escalonada

2026 MCSNP

Última actualización: 6/1/2026

## 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

<b>Criterios</b>	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 zonisamida genérica. Paso 2: Suspensión de zonisamida. 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 00026003**

**Y0066\_130404\_093413 CMS Approved**