



Criterios de terapia escalonada
2025 MCSNP
Última actualización: 11/26/2024

TRATAMIENTO CON DULOXETINE: UHCMR

Productos Afectados

- Drizalma Sprinkle

Detalles

| | |
|------------------|--|
| Criterios | 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

Detalles

| | |
|------------------|--|
| Criterios | 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 LEVOLEUCOVORIN: UHCMR

Productos Afectados

- Levoleucovorin INY. 50mg
- Levoleucovorin Calcium

Detalles

| | |
|------------------|-----------------------------------|
| Criterios | Terapia escalonada no sustitutiva |
|------------------|-----------------------------------|

TRATAMIENTO CON LYBALVI: UHCMR

Productos Afectados

- Lybalvi

Detalles

| | |
|------------------|---|
| Criterios | 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

| | |
|------------------|--|
| Criterios | Paso 1: Uno de los siguientes: Lumigan, latanoprost genérico, Vyzulta. Paso 2: Rhopressa, Rocklatan |
|------------------|--|

TRATAMIENTO CON PARCHE DE RIVASTIGMINE: UHCMR

Productos Afectados

- Sistemas transdérmicos Rivastigmine

Detalles

| | |
|------------------|--|
| Criterios | Paso 1: Cápsula de rivastigmine oral genérica. Paso 2: Sistemas transdérmicos de rivastigmine genérica |
|------------------|--|

TRATAMIENTO CON RYTARY: UHCMR

Productos Afectados

- Rytary

Detalles

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

TRATAMIENTO CON SECUADO: UHCMR

Productos Afectados

- Secuado

Detalles

| | |
|------------------|---|
| Criterios | 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

| | |
|------------------|---|
| Criterios | 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

| | |
|------------------|--|
| Criterios | Paso 1: Dos cualesquiera de los siguientes agentes tópicos del Formulario: desonide ungüento, Ala-Cort 2.5% o 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

| | |
|------------------|--|
| Criterios | 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

| | |
|------------------|--|
| Criterios | Paso 1: Allopurinol genérico oral. Paso 2: febuxostat genérico |
|------------------|--|

TRATAMIENTO CON VUMERITY: UHCMR

Productos Afectados

- Vumerity

Detalles

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

TRATAMIENTO CON ZONISADE SUSPENSIÓN

Productos Afectados

- Zonisade

Detalles

| | |
|------------------|---|
| Criterios | Paso 1: Cápsula de zonisamida genérica. Paso 2: Zonisade suspensión. 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