



Criterios de terapia escalonada  
2025 MCSNP  
Última actualización: 3/1/2025

## 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

## 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. 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. 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 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