

Изменения в отношении поэтапной терапии

В фармацевтическом справочнике программы Healthy Workers HMO, предлагаемой San Francisco Health Plan, указаны препараты для поэтапной терапии (ST). Эти лекарства будут оформлены в аптеке в момент продажи при наличии оплаченных требований на предпочтительные лекарства. Если оплаченных требований на предпочтительные лекарства нет, необходимо подать запрос на предварительное разрешение для рассмотрения вопроса о страховом покрытии.

Наименование непатентованного препарата	Наименование патентованного препарата	Предпочтительный лекарственный препарат
алоглиптин	Nesina®	препарат, содержащий метформин, в течение не менее 3 месяцев
алоглиптин-метформин	Kazano®	препарат, содержащий метформин, в течение не менее 3 месяцев
алоглиптин-пиоглитазон	Oseni®	препарат, содержащий метформин, в течение не менее 3 месяцев
арипипразол	Abilify Asimtufii®, Abilify Maintena®	Прежнее применение любого препарата, содержащего аripипразол, в течение как минимум 14 дней и текущий прием любого антипсихотического препарата, определяемый как 1 упаковка любого препарата, содержащего антипсихотическое средство, рассчитанная не более чем на 14 дней, в течение последних 30 дней.
арипипразол лаурокил	Aristada®, Aristada Initio ER®	Текущее поддерживающее лечение любым препаратом, содержащим аripипразол, в течение не менее 14 дней, назначенное в течение последних 30 дней.
дифлупреднат 0,05 % глазная эмульсия	Durezol®	преднизолон ацетат 1% суспензия ИЛИ преднизолон ацетат 1% суспензия
эпинастин 0,05 % глазные капли	Elestat®	кетотифен
эплеренон	Inspra®	спиронолактон

Наименование непатентованного препарата	Наименование патентованного препарата	Предпочтительный лекарственный препарат
кольцо эстрадиола для вагинального применения	Estring®	эстрадиол вагинальный крем или эстрадиол вагинальные таблетки
эстрогены, конъюгированные кремы	Premarin®	эстрадиол вагинальный крем или эстрадиол вагинальные таблетки
эзопиклон 2 мг	Lunesta®	Прежнее применение в дозировке 1 мг
эзопиклон 3 мг	Lunesta®	Прежнее применение в дозировке 2 мг
флуфеназин	флуфеназина деcanoат	Текущее поддерживающее лечение любыми препаратами, содержащими фенотиазин и назначенными в течение последних 30 дней
флутиказон-умеклидиний- вилантерол	Trelegy Ellipta®	Прежнее применение комбинации всех трех классов препаратов: длительно действующего антагониста мускариновых рецепторов, длительно действующего бета-агониста и ингаляционного кортикостероида
галоперидол	Haldol Decanoate®	Прежнее применение любого препарата, содержащего галоперидол, и текущий поддерживающий прием любого антипсихотического препарата, определяемый как 1 упаковка любого препарата, содержащего антипсихотическое средство, рассчитанная не более чем на 14 дней, в течение последних 30 дней.
инсулин деглудек	Tresiba®, Tresiba Flextouch®	инсулин гларгин, инсулин гларгин-yfgn или Rezvoglar™
инсулин обычный, человеческий, 500 ед./мл	Humulin R® 500 ед./мл Kwikpen®, флакон	инсулин гларгин, инсулин гларгин-yfgn или Rezvoglar™
левалбутерол	Xopenex®	сульфат альбутерола, небулайзер или альбутерол HFA
месаламин DR	Asacol® HD	mesalamine 1.2 g
метронидазол гель	Metrogel® 1%	метронидазол 0,75 % гель

Наименование непатентованного препарата	Наименование патентованного препарата	Предпочтительный лекарственный препарат
наратриптан	Amerge®	суматриптан И ризатриптан
оланзапин	Zyprexa Relprevv®	Текущее поддерживающее лечение любым препаратом, содержащим оланзапин, в течение не менее 7 дней, назначенное в течение последних 30 дней.
эпинастин 0,1 % глазные капли	Patanol®	кетотифен
палиперидон	Erzofri®, Invega Hafyera®, Invega Sustenna®, Invega Trinza®	Прежнее применение любого препарата, содержащего палиперидон или рисперидон, в объеме как минимум 5-дневного запаса и текущий прием любого антипсихотического препарата, определяемый как 1 упаковка любого препарата, содержащего антипсихотическое средство, рассчитанная не более чем на 14 дней, в течение последних 30 дней. Invega Hafyera® может быть отпущен после использования любого препарата Erzofri®, Invega Sustenna® или Invega Trinza®.
патиромер	Veltassa®	Lokelma®
преднизолона ацетат 0,12 % глазные капли	Pred Mild®	Prednisolone AC 1%
ранолазин	Ranexa®	Неудачная попытка применения ОДНОГО из следующих препаратов: бета-блокатор, блокатор кальциевых каналов или нитрат длительного действия
рифаксимин	Xifaxan®	лактоулоза
рисперидон	Perseris®, Uzedy®	Текущее поддерживающее лечение любым препаратом, содержащим оланзапин, в течение не менее 7 дней, назначенное в течение последних 30 дней.

Наименование непатентованного препарата	Наименование патентованного препарата	Предпочтительный лекарственный препарат
рисперидон	Risperdal Consta [®] , Rykindo [®]	Прежнее применение любого препарата, содержащего рисперидон, в течение как минимум 7 дней и текущий прием любого антипсихотического препарата, определяемый как 1 упаковка любого препарата, содержащего антипсихотическое средство, рассчитанная не более чем на 7 дней, в течение последних 30 дней.
семаглутид	Ozempic [®] , Rybelsus [®]	препарат, содержащий метформин, или инсулин
солифенацин	Vesicare [®]	оксибутинин
такролимус	Protopic [®]	1 стероид средней или высокой эффективности для местного применения
тирзепатид	Mounjaro [®]	препарат, содержащий метформин, или инсулин
тобрамицин-дексаметазон	Tobradex [®]	неомицин-бацитрацин-полимиксин В-гидрокортизон ИЛИ неомицин-полимиксин В-дексаметазон мазь
толтеродин, толтеродин ER	Detrol [®] , Detrol LA [®]	оксибутинин
троспиум, троспиум ER	Sanctura [®] , Sanctura XR [®]	оксибутинин
золпидем 10 мг	Ambien [®]	Прежнее применение 5 мг в качестве начальной дозы (только для пациенток женского пола)
золпидем CR	Ambien CR [®]	Неудачная попытка применения как минимум 2 альтернативных препаратов из фармацевтического справочника, включая золпидем IR: эзопиклон, залеплон, темазепам

Лицам с нарушениями слуха следует звонить на линию TDD/TYY через службу California Relay Service по номеру **711**. Вы можете запросить этот документ в альтернативном формате, например, набранный шрифтом Брайля, крупным шрифтом и в форме аудиозаписи. Чтобы запросить информацию в другом формате или попросить о помощи в чтении этого документа и прочих материалов SFHP, следует обращаться в Отдел обслуживания участников плана по телефону **1(415) 547-7800** или на бесплатную линию по номеру **1(800) 288-5555**.