Modificaciones a la terapia escalonada

San Francisco Health Plan cuenta con medicamentos de terapia escalonada (ST) incluidos en el formulario de Healthy Workers HMO. Estos medicamentos se procesarán en el punto de venta en la farmacia si hay reclamos pagados por los medicamentos preferidos. Si no hay reclamos pagados por los medicamentos preferidos, se debe enviar una solicitud de autorización previa para considerar la cobertura.

Nombre genérico	Nombre de marca	Medicamentos preferidos
alogliptina	Nesina®	producto que contenga metformina durante al menos 3 meses
alogliptina-metformina	Kazano®	producto que contenga metformina durante al menos 3 meses
alogliptina-pioglitazona	Oseni®	producto que contenga metformina durante al menos 3 meses
aripiprazol	Abilify Asimtufii®, Abilify Maintena®	Uso previo de cualquier producto que contenga aripiprazol durante al menos 14 días y mantenimiento actual de cualquier medicamento antipsicótico, definido como 1 surtido de cualquier producto que contenga antipsicóticos durante al menos 14 días de suministro en los últimos 30 días.
aripiprazol lauroxil	Aristada®, Aristada Inicio ER®	Mantenimiento actual de cualquier producto que contenga aripiprazol durante al menos 14 días surtido dentro de los últimos 30 días
difluprednato al 0.05%, emulsión oftálmica	Durezol®	acetato de prednisolona al 1%, suspensión O acetato de prednisolona al 1%, suspensión
epinastina 0.05%, gotas oftalmológicas	Elestat®	ketotifeno
eplerenona	Inspra®	espironolactona
estradiol, anillo vaginal	Estring®	estradiol, crema vaginal o estradiol, comprimidos, administración vaginal
estrógenos conjugados, crema	Premarin®	estradiol, crema vaginal o estradiol, comprimidos, administración vaginal

Modificaciones a la terapia escalonada de San Francisco Health Plan
A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2025

Nombre genérico	Nombre de marca	Medicamentos preferidos
eszopiclona 2 mg	Lunesta®	Uso previo de 1 mg
eszopiclona 3 mg	Lunesta®	Uso previo de 2 mg
flufenazina	decanoato de flufenazina	Mantenimiento actual de cualquier producto que contenga fenotiazina surtido en los últimos 30 días
fluticasona-umeclidinio-vilanterol	Trelegy Ellipta®	Uso previo de una combinación de las tres clases de medicamentos: antagonista muscarínico de acción prolongada, agonista beta de acción prolongada y corticosteroide inhalado
haloperidol	Haldol Decanoate®	Uso previo de cualquier producto que contenga haloperidol y mantenimiento actual de cualquier medicamento antipsicótico, definido como 1 surtido de cualquier producto que contenga antipsicóticos durante un suministro mínimo de 14 días en los últimos 30 días
insulina degludec	Tresiba®, Tresiba Flextouch®	insulina glargina, insulina glargina-yfgn o Rezvoglar™
insulina regular, humana 500 unidades/mL	Humulin R® 500 unidades/mL Kwikpen®, vial	insulina glargina, insulina glargina-yfgn o Rezvoglar™
levalbuterol	Xopenex®	producto de sulfato de albuterol, nebulizador o HFA de albuterol
mesalamina DR	Asacol® HD	mesalamina 1.2 g
metronidazol, gel	Metrogel® 1%	metronidazol, gel al 0.75%
naratriptán	Amerge®	sumatriptán Y rizatriptán
olanzapina	Zyprexa Relprevv®	Mantenimiento actual de cualquier producto que contenga olanzapina durante al menos 7 días surtido en los últimos 30 días
olopatadina, gotas oftálmicas al 0.1%	Patanol®	ketotifeno

Modificaciones a la terapia escalonada de San Francisco Health Plan
A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2025

Nombre genérico	Nombre de marca	Medicamentos preferidos
paliperidona	Erzofri [®] , Invega Hafyera [®] , Invega Sustenna [®] , Invega Trinza [®]	Uso previo de cualquier producto que contenga paliperidona o risperidona durante un suministro mínimo de 5 días y mantenimiento actual de cualquier medicamento antipsicótico, definido como 1 surtido de cualquier producto que contenga antipsicóticos durante un suministro mínimo de 14 días en los últimos 30 días. Invega Hafyera [®] se puede surtir después de haber utilizado cualquier producto de Erzofri [®] , Invega Sustenna [®] , o Invega Trinza [®]
patiromer	Veltassa [®]	Lokelma [®]
acetato de prednisolona, gotas oftalmológicas al 0.12%	Pred Mild [®]	Prednisolona AC 1%
ranolazina	Ranexa [®]	Prueba y fracaso con UNO de los siguientes: betabloqueante, antagonista del calcio o nitrato de acción prolongada
rifaximina	Xifaxan [®]	lactulosa
risperidona	Perseris [®] , Uzedy [®]	Mantenimiento actual de cualquier producto que contenga olanzapina durante al menos 7 días surtido en los últimos 30 días
risperidona	Risperdal Consta [®] , Rykindo [®]	Uso previo de cualquier producto que contenga risperidona durante al menos 7 días y mantenimiento actual de cualquier medicamento antipsicótico, definido como 1 surtido de cualquier producto que contenga antipsicóticos durante al menos 7 días de suministro en los últimos 30 días
semaglutida	Ozempic [®] , Rybelsus [®]	producto que contiene metformina o insulina
solifenacina	Vesicare [®]	oxibutinina
tacrolimus	Protopic [®]	1 esteroide tópico de potencia media a alta

Nombre genérico	Nombre de marca	Medicamentos preferidos
tirzepatida	Mounjaro®	producto que contiene metformina o insulina
tobramicina-dexametasona	Tobradex®	neomicina-bacitracina-polimixina B-hidroocortisona O neomicina-polimixina B-dexametasona, ungüento
tolterodina, tolterodina ER	Detrol®, Detrol LA®	oxibutinina
tropium, tropium ER	Sanctura®, Sanctura XR®	oxibutinina
zolpidem 10 mg	Ambien®	Uso previo de 5 mg para la dosis inicial (solo pacientes mujeres)
zolpidem CR	Ambien CR®	Prueba y fracaso de al menos 2 de las alternativas del Formulario, incluyendo zolpidem IR: eszopiclona, zaleplón, temazepam

Si tiene deficiencias auditivas, llame a la línea TDD/TYY a través del California Relay Service al **711**. Puede solicitar este documento en formatos alternativos como Braille, letra de tamaño grande y audio. Para solicitar otros formatos o para solicitar ayuda para leer este documento y otros materiales de SFHP, llame a Servicio al Cliente al **1(415) 547-7800** o a la línea gratuita al **1(800) 288-5555**.