

Criterios de terapia escalonada

Grupo de terapia escalonada	ARIPIRAZOLE ODT
Nombres del medicamento	ARIPIRAZOLE ODT
Criterios de terapia escalonada	Dará cobertura si se ha probado aripiprazole genérico en comprimidos de liberación inmediata (por lo menos un suministro de 30 días en los 180 días anteriores.)
Grupo de terapia escalonada	BARACLUDE SOL
Nombres del medicamento	BARACLUDE
Criterios de terapia escalonada	Dará cobertura si se ha probado entecavir genérico en comprimidos (por lo menos un suministro de 30 días en los 180 días anteriores).
Grupo de terapia escalonada	HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA
Nombres del medicamento	CARDURA XL
Criterios de terapia escalonada	Se dará cobertura si se han probado terazosin, alfuzosin, doxazosin, silodosin o tamsulosin (por lo menos un suministro de 30 días en los 180 días anteriores).
Grupo de terapia escalonada	BISFOSFONATOS
Nombres del medicamento	ALENDRONATE SODIUM, ATELVIA, BINOSTO, FOSAMAX PLUS D, RISEDRONATE SODIUM DR
Criterios de terapia escalonada	Se dará cobertura si se han probado alendronate, ibandronate o risedronate (por lo menos un suministro de 30 días en los 180 días anteriores).
Grupo de terapia escalonada	INHIBIDORES DE DPP4
Nombres del medicamento	ALOGLIPTIN, ALOGLIPTIN/METFORMIN HCL, ALOGLIPTIN/METFORMIN HYDR, ALOGLIPTIN/PIOGLITAZONE, KAZANO, KOMBIGLYZE XR, NESINA, ONGLYZA, OSENI, SITAGLIPTIN, SITAGLIPTIN/METFORMIN HYD, ZITUVIMET, ZITUVIMET XR, ZITUVIO
Criterios de terapia escalonada	Se dará cobertura si el paciente ha probado por lo menos un suministro de 30 días de sitagliptin (Januvia [sitagliptin], Janumet [sitagliptin/metformin hydrochloride] o Janumet XR [sitagliptin/metformin hydrochloride de liberación prolongada]) Y linagliptin (Tradjenta [linagliptin], Jentadueto [linagliptin/metformin hydrochloride] o Jentadueto XR [linagliptin/metformin hydrochloride de liberación prolongada]) en los 180 días anteriores.
Grupo de terapia escalonada	EDARBI-EDARBYCLOR
Nombres del medicamento	EDARBI, EDARBYCLOR
Criterios de terapia escalonada	Se dará cobertura si se han probado dos antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARB) genéricos del formulario o productos combinados con ARB (por lo menos un suministro de 30 días en los 180 días anteriores).

Grupo de terapia escalonada
Nombres del medicamento

INHIBIDORES DE HMG-COA
ALTOPREV, ATORVALIQ, EZALLOR SPRINKLE, FLOLIPID, FLUVASTATIN,
FLUVASTATIN SODIUM ER, LESCOL XL, LIVALO, PITAVASTATIN CALCIUM,
ZYPITAMAG

Criterios de terapia escalonada

Se dará cobertura si se han probado atorvastatin en comprimidos, ezetimibe/simvastatin, lovastatin, pravastatin, rosuvastatin en comprimidos, simvastatin en comprimidos o amlodipine/atorvastatin (por lo menos un suministro de 30 días) en los 180 días anteriores.

Grupo de terapia escalonada
Nombres del medicamento
Criterios de terapia escalonada

LAMOTRIGINE
LAMICTAL ODT, LAMICTAL XR, LAMOTRIGINE ER, LAMOTRIGINE ODT
Se dará cobertura si se ha probado lamotrigine de liberación inmediata o lamotrigine comprimidos masticables/dispersables genérico (por lo menos un suministro de 30 días en los 180 días anteriores).

Grupo de terapia escalonada
Nombres del medicamento
Criterios de terapia escalonada

LEVALBUTEROL
LEVALBUTEROL TARTRATE HFA, XOPENEX HFA
Se dará cobertura si se han probado albuterol HFA o Ventolin HFA (por lo menos un suministro de 30 días) en los 180 días anteriores.

Grupo de terapia escalonada
Nombres del medicamento
Criterios de terapia escalonada

LEVOTHYROXINE
LEVOTHYROXINE SODIUM, TIROSINT
Dará cobertura si se ha probado levothyroxine en comprimidos (por lo menos un suministro de 30 días en los 180 días anteriores).

Grupo de terapia escalonada
Nombres del medicamento
Criterios de terapia escalonada

ESTEROIDES NASALES
OMNARIS, QNASL, QNASL CHILDRENS
Se dará cobertura si se ha probado fluticasone nasal genérico en spray (por lo menos un suministro de 30 días) en los 180 días anteriores.

Grupo de terapia escalonada
Nombres del medicamento
Criterios de terapia escalonada

OLANZAPINE ODT
OLANZAPINE ODT
Se dará cobertura si se ha probado olanzapine en comprimidos de liberación inmediata (por lo menos un suministro de 30 días en los 180 días anteriores).

Grupo de terapia escalonada
Nombres del medicamento

PPI
ESOMEPRAZOLE MAGNESIUM, LANSOPRAZOLE, NEXIUM, PANTOPRAZOLE SODIUM, PREVACID SOLUTAB, PROTONIX

Criterios de terapia escalonada

Dará cobertura si se han probado dos de las siguientes alternativas genéricas: omeprazole en cápsulas, pantoprazole en comprimidos o lansoprazole en cápsulas (por lo menos un suministro de 30 días en los 180 días anteriores).

Grupo de terapia escalonada	PROSTAGLANDINAS
Nombres del medicamento	IYUZEH, XELPROS, ZIOPTAN
Criterios de terapia escalonada	Se dará cobertura si se han probado latanoprost, bimatoprost o travoprost (por lo menos un suministro de 30 días) en los 180 días anteriores.
Grupo de terapia escalonada	RISPERIDONE ODT
Nombres del medicamento	RISPERIDONE ODT
Criterios de terapia escalonada	Dará cobertura si se ha probado risperidone genérico en comprimidos de liberación inmediata (por lo menos un suministro de 30 días en los 180 días anteriores).
Grupo de terapia escalonada	RYTARY
Nombres del medicamento	CREXONT, RYTARY
Criterios de terapia escalonada	Se dará cobertura si se ha probado un producto genérico que contenga carbidopa-levodopa de liberación inmediata o de liberación prolongada por lo menos 30 días en los 180 días anteriores.
Grupo de terapia escalonada	ANTIMICÓTICOS TÓPICOS
Nombres del medicamento	ERTACZO, LULICONAZOLE, LUZU
Criterios de terapia escalonada	Dará cobertura si se han probado econazole en crema o ketoconazole en crema (por lo menos un suministro de 30 días) en los 180 días anteriores.
Grupo de terapia escalonada	TRIPTANOS
Nombres del medicamento	ALMOTRIPTAN, ELETRIPTAN HYDROBROMIDE, FROVA, FROVATRIPTAN SUCCINATE, ONZETRA XSAIL, RELPAX, SUMATRIPTAN/NAPROXEN SODI, TOSYMRA, TREXIMET, ZEMBRACE SYMTOUCH, ZOLMITRIPTAN, ZOLMITRIPTAN ODT, ZOMIG
Criterios de terapia escalonada	Se dará cobertura si se han probado naratriptan, rizatriptan, rizatriptan en comprimido de desintegración oral (ODT) genéricos, sumatriptan en espray nasal, sumatriptan en comprimidos O sumatriptan inyectable (por lo menos un suministro de 30 días en los 180 días anteriores).
Grupo de terapia escalonada	ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS
Nombres del medicamento	DARIFENACIN HYDROBROMIDE, DETROL LA, OXYTROL, TOLTERODINE TARTRATE ER
Criterios de terapia escalonada	Se dará cobertura si se ha probado uno de los siguientes genéricos (por lo menos un suministro de 30 días en los 180 días anteriores): oxybutynin comprimidos, oxybutynin solución, oxybutynin en comprimidos de liberación prolongada, solifenacin comprimidos, tolterodine comprimidos de liberación inmediata o trospium comprimidos de liberación inmediata.