

## **Criterios de terapia escalonada**

|  |   |
|--|---|
| <b>Grupo de terapia escalonada</b>     | ARIPIRAZOLE ODT   |
| <b>Nombres del medicamento</b>         | ARIPIRAZOLE ODT   |
| <b>Criterios de terapia escalonada</b> | Se 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.   |
| <b>Grupo de terapia escalonada</b>     | BARACLUDE SOL   |
| <b>Nombres del medicamento</b>         | BARACLUDE   |
| <b>Criterios de terapia escalonada</b> | Se dará cobertura si se ha probado lentecavir genérico en comprimidos (por lo menos un suministro de 30 días en los 180 días anteriores).   |
| <b>Grupo de terapia escalonada</b>     | HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA  |
| <b>Nombres del medicamento</b>         | CARDURA XL  |
| <b>Criterios de terapia escalonada</b> | 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).   |
| <b>Grupo de terapia escalonada</b>     | BIFOSFONATOS  |
| <b>Nombres del medicamento</b>         | ALENDRONATE SODIUM, ATELVIA, BINOSTO, FOSAMAX PLUS D, RISEDRONATE SODIUM DR   |
| <b>Criterios de terapia escalonada</b> | Se dará cobertura si se han probado alendronate, ibandronate o risedronate (por lo menos un suministro de 30 días en los 180 días anteriores).  |
| <b>Grupo de terapia escalonada</b>     | INHIBIDORES DE DPP4   |
| <b>Nombres del medicamento</b>         | ALOGLIPTIN, ALOGLIPTIN/METFORMIN HCL, ALOGLIPTIN/METFORMIN HYDR, ALOGLIPTIN/PIOGLITAZONE, KAZANO, KOMBIGLYZE XR, NESINA, ONGLYZA, OSENI, SITAGLIPTIN, SITAGLIPTIN/METFORMIN HYD, ZITUVIO  |
| <b>Criterios de terapia escalonada</b> | Se dará cobertura si el paciente ha probado por lo menos un suministro de 30 días de lo siguiente (Januvia [sitagliptin], Janumet [sitagliptin/metformina 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. |
| <b>Grupo de terapia escalonada</b>     | EDARBI-EDARBYCLOR   |
| <b>Nombres del medicamento</b>         | EDARBI, EDARBYCLOR  |
| <b>Criterios de terapia escalonada</b> | Se dará cobertura si se han probado dos de los siguientes antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARB) genéricos: o productos de combinación ARB (por lo menos un suministro de 30 días en los 180 días anteriores).  |

|  |  |
|--|--|
| <b>Grupo de terapia escalonada</b>     | INHIBIDORES DE LA HMG-COA  |
| <b>Nombres del medicamento</b>         | ALTOPREV, ATORVALIQ, EZALLOR SPRINKLE, FLOLIPID, FLUVASTATIN, FLUVASTATIN SODIUM ER, LESCOL XL, LIVALO, PITAVASTATIN CALCIUM, ZYPITAMAG  |
| <b>Criterios de terapia escalonada</b> | 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. |
| <b>Grupo de terapia escalonada</b>     | LAMOTRIGINE  |
| <b>Nombres del medicamento</b>         | LAMICTAL ODT, LAMICTAL XR, LAMOTRIGINE ER, LAMOTRIGINE ODT   |
| <b>Criterios de terapia escalonada</b> | Se dará cobertura si se ha probado lamotrigine genérico en comprimidos de liberación inmediata o lamotrigine genérico masticable (por lo menos un suministro de 30 días) en los 180 días anteriores.   |
| <b>Grupo de terapia escalonada</b>     | LEVALBUTEROL   |
| <b>Nombres del medicamento</b>         | LEVALBUTEROL TARTRATE HFA, XOPENEX HFA   |
| <b>Criterios de terapia escalonada</b> | 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.   |
| <b>Grupo de terapia escalonada</b>     | LEVOTHYROXINE  |
| <b>Nombres del medicamento</b>         | LEVOTHYROXINE SODIUM, TIROSINT   |
| <b>Criterios de terapia escalonada</b> | Se dará cobertura si se ha probado levothyroxine en comprimidos (por lo menos un suministro de 30 días en los 180 días anteriores).  |
| <b>Grupo de terapia escalonada</b>     | ESTEROIDES NAALES - REVISIÓN DE CMS PENDIENTE  |
| <b>Nombres del medicamento</b>         | OMNARIS, QNASL, QNASL CHILDRENS  |
| <b>Criterios de terapia escalonada</b> | -  |
| <b>Grupo de terapia escalonada</b>     | OLANZAPINE ODT   |
| <b>Nombres del medicamento</b>         | OLANZAPINE ODT, ZYPREXA ZYDIS  |
| <b>Criterios de terapia escalonada</b> | Se dará cobertura si se ha probado olanzapine generico en comprimidos de liberación inmediata (por lo menos un suministro de 30 días) en los 180 días anteriores.  |
| <b>Grupo de terapia escalonada</b>     | PPI  |
| <b>Nombres del medicamento</b>         | ESOMEPRAZOLE MAGNESIUM, LANSOPRAZOLE, NEXIUM, PANTOPRAZOLE SODIUM, PREVACID SOLUTAB, PROTONIX  |
| <b>Criterios de terapia escalonada</b> | Se 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).                                   |
| <b>Grupo de terapia escalonada</b>     | PROSTAGLANDINAS  |
| <b>Nombres del medicamento</b>         | IYUZEH, XELPROS, ZIOPTAN   |
| <b>Criterios de terapia escalonada</b> | Se dará cobertura si se han probado latanoprost, bimatoprost o travoprost (por lo menos un suministro de 30 días) en los 180 días anteriores.  |

|  |   |
|--|---|
| <b>Grupo de terapia escalonada</b>     | RISPERIDONE ODT   |
| <b>Nombres del medicamento</b>         | RISPERIDONE ODT   |
| <b>Criterios de terapia escalonada</b> | Se 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.  |
| <b>Grupo de terapia escalonada</b>     | RYTARY  |
| <b>Nombres del medicamento</b>         | RYTARY  |
| <b>Criterios de terapia escalonada</b> | 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.   |
| <b>Grupo de terapia escalonada</b>     | ANTIMICÓTICOS TÓPICOS   |
| <b>Nombres del medicamento</b>         | ERTACZO, LULICONAZOLE, LUZU   |
| <b>Criterios de terapia escalonada</b> | Se 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.  |
| <b>Grupo de terapia escalonada</b>     | TRIPTANOS   |
| <b>Nombres del medicamento</b>         | ALMOTRIPTAN, ELETRIPTAN HYDROBROMIDE, FROVA, FROVATRIPTAN SUCCINATE, ONZETRA XSAIL, RELPAX, SUMATRIPTAN/NAPROXEN SODI, TOSYMRA, TREXIMET, ZEMBRACE SYMTOUCH, ZOLMITRIPTAN, ZOLMITRIPTAN ODT, ZOMIG  |
| <b>Criterios de terapia escalonada</b> | Se dará cobertura si se han probado naratriptan genérico, rizatriptan, rizatriptan en comprimidos que se disuelven en la boca (ODT), sumatriptan spray nasal, sumatriptan comprimidos O sumatriptan inyectable (por lo menos un suministro de 30 días en los 180 días anteriores).  |
| <b>Grupo de terapia escalonada</b>     | ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS  |
| <b>Nombres del medicamento</b>         | DARIFENACIN HYDROBROMIDE, DETROL LA, GELNIQUE, OXYTROL, TOLTERODINE TARTRATE ER   |
| <b>Criterios de terapia escalonada</b> | Se proporcionará cobertura si se ha probado uno de los siguientes genéricos (al menos un suministro para 30 días en los 180 días anteriores): oxybutynin comprimidos, oxybutynin solución, oxybutynin comprimidos de liberación prolongada, solifenacin comprimidos, tolterodina comprimidos de liberación inmediata o trospio comprimidos de liberación inmediata. |