

## **Criterios de terapia escalonada**

<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>	BINOSTO, FOSAMAX PLUS D
<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 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>	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 CAP
<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 NASALES
<b>Nombres del medicamento</b>	BECONASE AQ, MOMETASONE FUROATE, OMNARIS, QNASL, QNASL CHILDRENS, ZETONNA
<b>Criterios de terapia escalonada</b>	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.
<b>Grupo de terapia escalonada</b>	PPI
<b>Nombres del medicamento</b>	ESOMEPRAZOLE MAGNESIUM, NEXIUM
<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
<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>	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>	TRIPTANOS
<b>Nombres del medicamento</b>	ZEMBRACE SYMTOUCH, ZOLMITRIPTAN, ZOLMITRIPTAN ODT
<b>Criterios de terapia escalonada</b>	Se dará cobertura si se han probado almotriptan, eletriptan, frovatriptan, naratriptan, rizatriptan, rizatriptan ODT, sumatriptan nasal spray, sumatriptan en comprimidos O inyección de sumatriptan (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 dará cobertura si se han probado mirabegron, oxybutynin, oxybutynin de liberación prolongada, solifenacin en comprimidos, tolterodine de liberación inmediata, trospium de liberación inmediata o vibegron (por lo menos un suministro de 30 días en los 180 días anteriores).