

Criterios de terapia escalonada

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	BIFOSFONATOS
Nombres del medicamento	BINOSTO, FOSAMAX PLUS D
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 LA HMG-COA
Nombres del medicamento	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 tablets, ezetimibe/simvastatin, lovastatin, pravastatin, rosuvastatin tablets, simvastatin tabletas o amlodipine/atorvastatin (por lo menos un suministro de 30 días) en los 180 días anteriores.
Grupo de terapia escalonada	LEVALBUTEROL
Nombres del medicamento	LEVALBUTEROL TARTRATE HFA, XOPENEX HFA
Criterios de terapia escalonada	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	LEVOTHYROXINE CAP
Nombres del medicamento	LEVOTHYROXINE SODIUM, TIROSINT
Criterios de terapia escalonada	Se dará cobertura si se ha probado levothyroxine en tabletas (por lo menos un suministro de 30 días en los 180 días anteriores).
Grupo de terapia escalonada	ESTEROIDES NASALES
Nombres del medicamento	BECONASE AQ, MOMETASONE FUROATE, OMNARIS, QNASL, QNASL CHILDRENS, ZETONNA
Criterios de terapia escalonada	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	PPI
Nombres del medicamento	ESOMEPRAZOLE MAGNESIUM, NEXIUM
Criterios de terapia escalonada	Se dará cobertura si se han probado dos de las siguientes alternativas genéricas: omeprazole en cápsulas, pantoprazole en tabletas 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
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	RYTARY
Nombres del medicamento	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	TRIPTANOS
Nombres del medicamento	ZEMBRACE SYMTOUCH, ZOLMITRIPTAN, ZOLMITRIPTAN ODT
Criterios de terapia escalonada	Se dará cobertura si se han probado almotriptan, eletriptan, frovatriptan, naratriptan, rizatriptan, rizatriptan ODT, sumatriptan nasal spray, sumatriptan tabletas O inyección de sumatriptan (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, GELNIQUE, OXYTROL, TOLTERODINE TARTRATE ER
Criterios de terapia escalonada	Se dará cobertura si se han probado mirabegron, oxybutynin, oxybutynin de liberación prolongada, solifenacin en tabletas, tolterodine de liberación inmediata, trospium de liberación inmediata o vibegron (por lo menos un suministro de 30 días en los 180 días anteriores).