Criterios de terapia escalonada

Grupo de terapia escalonada	ARIPIPRAZOLE ODT
Nombres del medicamento	ARIPIPRAZOLE ODT
Criterios de terapia escalonada	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.)
Grupo de terapia escalonada	BARACLUDE SOL
Nombres del medicamento	BARACLUDE
Criterios de terapia escalonada	Se 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	EDARBI-EDARBYCLOR
Nombres del medicamento	EDARBI, EDARBYCLOR
Criterios de terapia escalonada	Se dará cobertura si se han probado dos de los siguientes antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARB) genéricos del formulario o productos de combinación ARB (por lo menos un suministro de 30 días en los 180 días anteriores).
Grupo de terapia escalonada	INHIBIDORES DE 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 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	LAMOTRIGINE
Nombres del medicamento	LAMICTAL ODT, LAMICTAL XR, LAMOTRIGINE ER, LAMOTRIGINE ODT
Criterios de terapia escalonada	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.

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
Nombres del medicamento	LEVOTHYROXINE SODIUM, TIROSINT
Criterios de terapia escalonada	Se 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	ESTEROIDES NASALES
Nombres del medicamento	OMNARIS, QNASL, QNASL CHILDRENS
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	OLANZAPINE ODT
Nombres del medicamento	OLANZAPINE ODT
Criterios de terapia escalonada	Se dará cobertura si se ha probado olanzapina genérico en comprimidos de liberación inmediata (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 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
Criterios de terapia escalonada	Se dará cobertura si se ha 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	Se dará cobertura si se ha probado risperidona genérica 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	TRIPTANOS
Nombres del medicamento	ALMOTRIPTAN, ELETRIPTAN HYDROBROMIDE, FROVA, FROVATRIPTAN SUCCINATE, RELPAX, ZEMBRACE SYMTOUCH, ZOLMITRIPTAN, ZOLMITRIPTAN ODT, ZOMIG
Criterios de terapia escalonada	Se dará cobertura si se han probado naratriptan genérico, rizatriptan, rizatriptan en comprimidos de desintegración oral (ODT), sumatriptan spray nasal, sumatriptan 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 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 trospium comprimidos de liberación inmediata.