Criterios del tratamiento escalonado

Grupo de tratamiento escalonado ARIPIPRAZOLE ODT Nombres del medicamento ARIPIPRAZOLE ODT

Criterios del tratamiento La cobertura se proporcionará si se ha probado un suministro de al menos 30 días de

escalonado comprimidos genéricos de liberación inmediata de aripiprazole.

Grupo de tratamiento escalonado BARACLUDE SOL Nombres del medicamento BARACLUDE

Criterios del tratamiento La cobertura se proporcionará si se ha probado un suministro de al menos [30 días] de

escalonado comprimidos genéricos de entecavir.

Grupo de tratamiento escalonado HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA

Nombres del medicamento CARDURA XL, TEZRULY

Criterios del tratamiento La cobertura se proporcionará si se ha probado un suministro de al menos [30 días] de

escalonado terazosin, alfuzosin, doxazosin, silodosin o tamsulosin.

Grupo de tratamiento escalonado BIFOSFONATOS

Nombres del medicamento ALENDRONATE SODIUM, ATELVIA, BINOSTO, FOSAMAX PLUS D, RISEDRONATE

SODIUM DR

Criterios del tratamientoLa cobertura se proporcionará si se ha probado al menos un suministro de al menos

escalonado [30 días] de alendronate, ibandronate, or risedronate.

Grupo de tratamiento escalonado BRINZOLAMIDE

Nombres del medicamento AZOPT, BRINZOLAMIDE

Criterios del tratamiento La cobertura se proporcionará si se ha probado un suministro de al menos 30 días de

escalonado solución oftálmica de dorzolamide al 2%.

Grupo de tratamiento escalonado EDARBI, EDARBYCLOR Nombres del medicamento EDARBI, EDARBYCLOR

Criterios del tratamiento La cobertura se proporcionará si se ha probado un suministro de al menos [30 días] de

escalonado dos Angiotensin II Receptor Antagonists (ARBs) o productos combinados de ARB.

Grupo de tratamiento escalonado FORM ALT ALLOPURINOL

Nombres del medicamento ALLOPURINOL

Criterios del tratamiento La cobertura se proporcionará si se ha probado un suministro de al menos 30 días de

escalonado comprimidos de alopurinol de 100 mg o 300 mg.

Grupo de tratamiento escalonado FORM ALT METFORMIN

Nombres del medicamento METFORMIN HYDROCHLORIDE

Criterios del tratamientoLa cobertura se proporcionará si se ha probado un suministro de al menos 30 días de

escalonado comprimidos de liberación inmediata de metformin (500 mg, 850 mg o 1000 mg).

Actualización 10/15/2025

Grupo de tratamiento escalonado HMG-COA INHIBITORS

Nombres del medicamento ATORVALIQ, EZALLOR SPRINKLE, FLOLIPID, FLUVASTATIN, FLUVASTATIN

SODIUM ER, LESCOL XL, LIVALO, PITAVASTATIN CALCIUM, ZYPITAMAG

Criterios del tratamiento

escalonado

La cobertura se proporcionará si se ha probado un suministro de al menos [30 días] de

comprimidos de atorvastatin, ezetimibe/simvastatin, lovastatin, pravastatin,

comprimidos de rosuvastatin, comprimidos de simvastatin o amlodipine/atorvastatin.

Grupo de tratamiento escalonado JARDIANCE Nombres del medicamento JARDIANCE

Criterios del tratamiento La cobertura se proporcionará si se ha probado un suministro de al menos 30 días de

escalonado dapagliflozin.

Grupo de tratamiento escalonado LAMOTRIGINE

Nombres del medicamento LAMICTAL ODT, LAMICTAL XR, LAMOTRIGINE ER, LAMOTRIGINE ODT

Criterios del tratamiento La cobertura se proporcionará si se ha probado un suministro de al menos 30 días de

escalonado comprimidos genéricos de liberación inmediata de lamotrigine o comprimidos

masticables y dispersables de lamotrigine.

Grupo de tratamiento escalonado LEVALBUTEROL

Nombres del medicamento LEVALBUTEROL TARTRATE HFA, XOPENEX HFA

Criterios del tratamiento La cobertura se proporcionará si se ha probado un suministro de al menos 30 días de

escalonado albuterol HFA o Ventolin HFA.

Grupo de tratamiento escalonado LEVOTIROXINA

Nombres del medicamento LEVOTHYROXINE SODIUM, TIROSINT

Criterios del tratamiento La cobertura se proporcionará si se ha probado un suministro de al menos 30 días de

escalonado comprimidos de levothyroxine.

Grupo de tratamiento escalonado ESTEROIDES NASALES

Nombres del medicamento OMNARIS, QNASL, QNASL CHILDRENS

Criterios del tratamiento La cobertura se proporcionará si se ha probado un suministro de al menos 30 días de

escalonado aerosol nasal genérico de fluticasone.

Grupo de tratamiento escalonado OLANZAPINE ODT Nombres del medicamento OLANZAPINE ODT

Criterios del tratamiento La cobertura se proporcionará si se ha probado un suministro de al menos 30 días de

escalonado comprimidos genéricos de liberación inmediata de olanzapine.

Grupo de tratamiento escalonado PPI

Nombres del medicamento ACIPHEX, ESOMEPRAZOLE MAGNESIUM, NEXIUM

Criterios para el tratamiento La cobertura se proporcionará si se ha probado un suministro de al menos 30 días de

escalonado dos de las siguientes alternativas genéricas: cápsulas de omeprazole, comprimidos de

pantoprazole o cápsulas de lansoprazole.

Actualización 10/15/2025 2

Grupo de tratamiento escalonado PROSTAGLANDINS

Nombres del medicamento IYUZEH

Criterios para el tratamiento La cobertura se proporcionará si se ha probado un suministro de al menos 30 días de

escalonado latanoprost, bimatoprost o travoprost.

Grupo de tratamiento escalonado RISPERIDONE ODT Nombres del medicamento RISPERIDONE ODT

Criterios del tratamiento La cobertura se proporcionará si se ha probado al menos un suministro de 30 días de

escalonado comprimidos genéricos de risperidone de liberación inmediata.

Grupo de tratamiento escalonado RYTARY

Nombres del medicamento CREXONT, RYTARY

Criterios del tratamiento La cobertura se proporcionará si se ha probado un suministro de al menos 30 días de

escalonado un producto genérico que contenga carbidopa-levodopa de liberación inmediata o de

liberación prolongada.

Grupo de tratamiento escalonado TRIPTANS

Nombres del medicamento ALMOTRIPTAN, ELETRIPTAN HYDROBROMIDE, FROVA, FROVATRIPTAN

SUCCINATE, RELPAX, ZEMBRACE SYMTOUCH, ZOLMITRIPTAN, ZOLMITRIPTAN

ODT, ZOMIG

Criterios para el tratamiento

escalonado

La cobertura se proporcionará si se ha probado al menos un suministro de [30 días] de

naratriptan, rizatriptan en comprimidos de desintegración oral (ODT), sumatriptan nasal spray, comprimidos de sumatriptan O invección de sumatriptan.

Grupo de tratamiento escalonado ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS

Nombres del medicamento DARIFENACIN HYDROBROMIDE, OXYTROL

Criterios del tratamiento

escalonado

La cobertura se proporcionará si se ha probado un suministro de al menos 30 días de uno de los siguientes genéricos: comprimidos de oxybutynin, solución de oxybutynin, comprimidos de liberación prolongada de oxybutynin, comprimidos de solifenacin,

comprimidos de liberación inmediata de tolterodine o comprimidos de liberación

inmediata de trospium.

Actualización 10/15/2025 3