

## **Criterios de terapia escalonada**

<b>Grupo de terapia escalonada</b>	ARIPIPRAZOLE ODT
<b>Nombres de medicamentos</b>	ARIPIPRAZOLE ODT
<b>Criterios de terapia escalonada</b>	Se proporcionará cobertura si se ha probado un suministro de al menos 30 días de comprimidos de liberación inmediata de aripiprazole genérico.
<b>Grupo de terapia escalonada</b>	BARACLUDE SOL
<b>Nombres de medicamentos</b>	BARACLUDE
<b>Criterios de terapia escalonada</b>	Se proporcionará cobertura si se ha probado un suministro de al menos [30 días] de comprimidos de entecavir genérico.
<b>Grupo de terapia escalonada</b>	BISPHOSPHONATES
<b>Nombres de medicamentos</b>	ALENDRONATE SODIUM, RISEDRONATE SODIUM DR
<b>Criterios de terapia escalonada</b>	Se proporcionará cobertura si se ha probado un suministro de al menos [30 días] de alendronate, ibandronate o risedronate.
<b>Grupo de terapia escalonada</b>	BRINZOLAMIDE
<b>Nombres de medicamentos</b>	BRINZOLAMIDE
<b>Criterios de terapia escalonada</b>	Se proporcionará cobertura si se ha probado un suministro de al menos 30 días de solución oftálmica de dorzolamida al 2%.
<b>Grupo de terapia escalonada</b>	JARDIANCE
<b>Nombres de medicamentos</b>	JARDIANCE
<b>Criterios de terapia escalonada</b>	Se proporcionará cobertura si se ha probado un suministro de al menos 30 días de dapagliflozin.
<b>Grupo de terapia escalonada</b>	LAMOTRIGINE
<b>Nombres de medicamentos</b>	LAMOTRIGINE ER
<b>Criterios de terapia escalonada</b>	Se proporcionará cobertura si se ha probado un suministro de al menos 30 días de comprimidos de liberación inmediata de lamotrigine genérico o comprimidos masticables, dispersables de lamotrigine genérico.
<b>Grupo de terapia escalonada</b>	LEVALBUTEROL
<b>Nombres de medicamentos</b>	LEVALBUTEROL TARTRATE HFA
<b>Criterios de terapia escalonada</b>	Se proporcionará cobertura si se ha probado un suministro de al menos 30 días de albuterol HFA o Ventolin HFA.
<b>Grupo de terapia escalonada</b>	OLANZAPINE ODT
<b>Nombres de medicamentos</b>	OLANZAPINE ODT
<b>Criterios de terapia escalonada</b>	Se proporcionará cobertura si se ha probado un suministro de al menos 30 días de comprimidos de liberación inmediata de olanzapine genérico.

<b>Grupo de terapia escalonada</b>	PPI
<b>Nombres de medicamentos</b>	ESOMEPRAZOLE MAGNESIUM
<b>Criterios de terapia escalonada</b>	Se proporcionará cobertura si se ha probado un suministro de al menos 30 días de dos de las siguientes alternativas genéricas: cápsulas de omeprazole, comprimidos de pantoprazole o cápsulas de lansoprazole.
<b>Grupo de terapia escalonada</b>	RISPERIDONE ODT
<b>Nombres de medicamentos</b>	RISPERIDONE ODT
<b>Criterios de terapia escalonada</b>	Se proporcionará cobertura si se ha probado un suministro de al menos 30 días de comprimidos de liberación inmediata de risperidone genérico.