

Criterios de terapia escalonada

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

Grupo de terapia escalonada	PPI
Nombres de medicamentos	ESOMEPRAZOLE MAGNESIUM
Criterios de terapia escalonada	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.
Grupo de terapia escalonada	RISPERIDONE ODT
Nombres de medicamentos	RISPERIDONE ODT
Criterios de terapia escalonada	Se proporcionará cobertura si se ha probado un suministro de al menos 30 días de comprimidos de liberación inmediata de risperidone genérico.