

Criterios de terapia escalonada

Grupo de Terapia Escalonada	ARIPIPRAZOL ODT
Nombres de Medicamentos	ARIPIPRAZOL ODT
Criterios de Terapia Escalonada	Se proporcionará cobertura si se ha probado la tableta de liberación inmediata de aripiprazol genérico (al menos un suministro de 30 días en los 180 días anteriores).
Grupo de Terapia Escalonada	BARACLUDE SOL
Nombres de Medicamentos	BARACLUDE
Criterios de Terapia Escalonada	Se proporcionará cobertura si se han probado las tabletas de levotiroxina (al menos un suministro para 30 días en los 180 días anteriores).
Grupo de Terapia Escalonada	HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA
Nombres de Medicamentos	CARDURA XL
Criterios de Terapia Escalonada	Se proporcionará cobertura si se ha probado terazosina, alfuzosina, doxazosina, silodosina o tamsulosina (al menos un suministro de 30 días en los 180 días anteriores).
Grupo de Terapia Escalonada	BIFOSFONATOS
Nombres de Medicamentos	ALENDRONATO SÓDICO, ATELVIA, BINOSTO, FOSAMAX PLUS D, RISEDRONATO SÓDICO DR
Criterios de Terapia Escalonada	Se proporcionará cobertura si se ha probado alendronato, ibandronato o risedronato (al menos un suministro de 30 días en los 180 días anteriores).
Grupo de Terapia Escalonada	INHIBIDORES DE DPP4
Nombres de Medicamentos	ALOGLIPTIN, ALOGLIPTIN/METFORMIN HCL, ALOGLIPTIN/METFORMIN HYDR, ALOGLIPTIN/PIOGLITAZONE, KAZANO, KOMBIGLYZE XR, NESINA, ONGLYZA, OSENI, SITAGLIPTIN, SITAGLIPTIN/METFORMIN HYD, ZITUVIO
Criterios de Terapia Escalonada	Se brindará cobertura si el paciente tuvo un ensayo de al menos un suministro de 30 días de cada uno de sitagliptina (Januvia [sitagliptina], Janumet [sitagliptina/clorhidrato de metformina] o Janumet XR [sitagliptina/clorhidrato de metformina de liberación prolongada]) Y linagliptina (Tradjenta [linagliptina], Jentadueto [linagliptina/clorhidrato de metformina] o Jentadueto XR [linagliptina/clorhidrato de metformina de liberación prolongada]) en los 180 días anteriores.
Grupo de Terapia Escalonada	EDARBI-EDARBICLOR
Nombres de Medicamentos	EDARBI, EDARBICLOR
Criterios de Terapia Escalonada	Se brindará cobertura si se han probado dos antagonistas del receptor de angiotensina II (BRA) genéricos del formulario o productos combinados de BRA (al menos un suministro de 30 días en los 180 días anteriores).

Grupo de Terapia Escalonada Nombres de Medicamentos	INHIBIDORES DE HMG-COA ALTOPREV, ATORVALIQ, EZALLOR SPRINKLE, FLOLIPID, FLUVASTATINA, FLUVASTATINA DE SODIO DE LIBERACIÓN PROLONGADA, LESCOL XL, LIVALO, PITAVASTATINA DE CALCIO, ZYPITAMAG
Criterios de Terapia Escalonada	Se proporcionará cobertura si se han probado tabletas de atorvastatina, ezetimiba/simvastatina, lovastatina, pravastatina, tabletas de rosuvastatina, tabletas de simvastatina o amlodipina/atorvastatina (al menos un suministro para 30 días) en los 180 días anteriores.
Grupo de Terapia Escalonada Nombres de Medicamentos	LAMOTRIGINA LAMICTAL ODT, LAMICTAL XR, LAMOTRIGINA ER, LAMOTRIGINA ODT
Criterios de Terapia Escalonada	Se brindará cobertura si se han probado tabletas de liberación inmediata de lamotrigina genérica o tabletas masticables y dispersables de lamotrigina genérica (al menos un suministro de 30 días en los 180 días anteriores).
Grupo de Terapia Escalonada Nombres de Medicamentos	LEVALBUTEROL TARTRATO DE LEVALBUTEROL HFA, XOPENEX HFA
Criterios de Terapia Escalonada	Se proporcionará cobertura si se ha probado albuterol HFA o Ventolin HFA (al menos un suministro de 30 días) en los 180 días anteriores.
Grupo de Terapia Escalonada Nombres de Medicamentos	LEVOTIROXINA LEVOTIROXINA SÓDICA, TIROSINT
Criterios de Terapia Escalonada	Se proporcionará cobertura si se han probado las tabletas de levotiroxina (al menos un suministro para 30 días en los 180 días anteriores).
Grupo de Terapia Escalonada Nombres de Medicamentos	ESTEROIDES NASALES: REVISIÓN PENDIENTE DEL CMS OMNARIS, QNASL, QNASL NIÑOS
Criterios de Terapia Escalonada	-
Grupo de Terapia Escalonada Nombres de Medicamentos	OLANZAPINA ODT OLANZAPINA ODT, ZYPREXA ZYDIS
Criterios de Terapia Escalonada	Se proporcionará cobertura si se ha probado la tableta genérica de olanzapina de liberación inmediata (al menos un suministro de 30 días en los 180 días anteriores).
Grupo de Terapia Escalonada Nombres de Medicamentos	PPI ESOMEPRAZOL MAGNESIO, LANSOPRAZOL, NEXIUM, PANTOPRAZOL SÓDICO, PREVACID SOLUTAB, PROTONIX
Criterios de Terapia Escalonada	Se proporcionará cobertura si se han probado dos de las siguientes alternativas genéricas: cápsulas de omeprazol, tabletas de pantoprazol o cápsulas de lansoprazol (al menos un suministro de 30 días en los 180 días anteriores).
Grupo de Terapia Escalonada Nombres de Medicamentos	PROSTAGLANDINAS IYUZEH, XELPROS, ZIOPTAN
Criterios de Terapia Escalonada	Se brindará cobertura si se ha probado latanoprost, bimatoprost o travoprost (al menos un suministro de 30 días) en los 180 días anteriores.

Grupo de Terapia Escalonada	RISPERIDONA ODT
Nombres de Medicamentos	RISPERIDONA ODT
Criterios de Terapia Escalonada	Se proporcionará cobertura si se ha probado la tableta genérica de liberación inmediata de risperidona (al menos un suministro de 30 días en los 180 días anteriores).
Grupo de Terapia Escalonada	RYTARY
Nombres de Medicamentos	RYTARY
Criterios de Terapia Escalonada	Se proporcionará cobertura si se ha probado un producto genérico de liberación inmediata o de liberación prolongada que contiene carbidopa-levodopa durante al menos 30 días en los 180 días anteriores.
Grupo de Terapia Escalonada	ANTIFÚNGICOS TÓPICOS
Nombres de Medicamentos	ERTACZO, LULICONAZOL, LUZU
Criterios de Terapia Escalonada	Se proporcionará cobertura si se ha probado la crema de econazol o la crema de ketoconazol (al menos un suministro de 30 días) en los 180 días anteriores.
Grupo de Terapia Escalonada	TRIPTANOS
Nombres de Medicamentos	ALMOTRIPTÁN, BROMHIDRATO DE ELETRIPTÁN, FROVA, SUCCINATO DE FROVATRIPTÁN, ONZETRA XSAIL, RELPAX, SUMATRIPTÁN/NAPROXENO SÓDICO, TOSYMRA, TREXIMET, ZEMBRACE SYMTOUCH, ZOLMITRIPTÁN, ZOLMITRIPTÁN ODT, ZOMIG
Criterios de Terapia Escalonada	Se proporcionará cobertura si se ha probado almotriptán, eletriptán, frovatriptán, naratriptán, rizatriptán, rizatriptán ODT, sumatriptán en aerosol nasal, sumatriptán en tabletas o inyección de sumatriptán (al menos un suministro de 30 días en los 180 días anteriores).
Grupo de Terapia Escalonada	ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS
Nombres de Medicamentos	HIDROBROMURO DE DARIFENACINA, DETROL LA, GELNIQUE, OXYTROL, TARTRATO DE TOLTERODINA DE LIBERACIÓN PROLONGADA
Criterios de Terapia Escalonada	Se proporcionará cobertura si se ha probado uno de los siguientes genéricos (al menos un suministro de 30 días en los 180 días anteriores): tabletas de oxibutinina, solución de oxibutinina, tabletas de liberación prolongada de oxibutinina, tabletas de solifenacina, tabletas de liberación inmediata de tolterodina o tabletas de liberación inmediata de tropsio.