

Criterios de terapia escalonada

Grupo de terapia escalonada	ARIPIRAZOLE ODT
Nombres de medicamentos	ARIPIRAZOLE 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	HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENINGA
Nombres de medicamentos	CARDURA XL, TEZRULY
Criterios de terapia escalonada	Se proporcionará cobertura si se ha probado un suministro de al menos (30 días) de terazosin, alfuzosin, doxazosin, silodosin o tamsulosin.
Grupo de terapia escalonada	BIFOSFONATOS
Nombres de medicamentos	ALENDRONATE SODIUM, ATELVIA, BINOSTO, FOSAMAX PLUS D, 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	AZOPT, BRINZOLAMIDE
Criterios de terapia escalonada	Se proporcionará cobertura si se ha probado un suministro de al menos 30 días de solución oftálmica de dorzolamide al 2%.
Grupo de terapia escalonada	INHIBIDORES DE LA DPP4
Nombres de medicamentos	ALOGLIPTIN, ALOGLIPTIN/METFORMIN HCL, ALOGLIPTIN/METFORMIN HYDR, ALOGLIPTIN/PIOGLITAZONE, SITAGLIPTIN, SITAGLIPTIN/METFORMIN HYD, ZITUVIMET, ZITUVIMET XR, ZITUVIO
Criterios de terapia escalonada	Se proporcionará cobertura si al menos se ha probado un suministro de 30 días de sitagliptin (Januvia [sitagliptin], Janumet [sitagliptin/metformin hydrochloride] o Janumet XR [sitagliptin/metformin hydrochloride de liberación prolongada]) O linagliptin (Tradjenta [linagliptin], Jentadueto [linagliptin/metformin hydrochloride] o Jentadueto XR [linagliptin/metformin hydrochloride de liberación prolongada]).
Grupo de terapia escalonada	EDARBI-EDARBYCLOR
Nombres de medicamentos	EDARBI, EDARBYCLOR
Criterios de terapia escalonada	Se proporcionará cobertura si se ha probado un suministro de al menos [30 días] de dos antagonistas del receptor de angiotensina II (ARB) genéricos del formulario o productos combinados de ARB.

Grupo de terapia escalonada	ALOPURINOL ALTERNATIVAS EN EL FORMULARIO
Nombres de medicamentos	ALLOPURINOL
Criterios de terapia escalonada	Se proporcionará cobertura si se ha probado un suministro de alopurinol 100 mg o 300 mg para al menos 30 días.
Grupo de terapia escalonada	BUPROPION ALTERNATIVAS EN EL FORMULARIO
Nombres de medicamentos	APLENZIN, BUPROPION HYDROCHLORIDE E, WELLBUTRIN SR, WELLBUTRIN XL
Criterios de terapia escalonada	Se proporcionará cobertura si se ha probado un suministro de al menos 30 días de un producto genérico de bupropion del formulario.
Grupo de terapia escalonada	CITALOPRAM ALTERNATIVAS EN EL FORMULARIO
Nombres de medicamentos	CITALOPRAM HYDROBROMIDE
Criterios de terapia escalonada	Se proporcionará cobertura si se ha probado un suministro de al menos 30 días de comprimidos de citalopram (10 mg, 20 mg, 40 mg) o solución oral de citalopram de 10 mg/5 ml.
Grupo de terapia escalonada	FENOFIBRATE ALTERNATIVAS EN EL FORMULARIO
Nombres de medicamentos	FENOFIBRATE, FENOFIBRIC ACID, LIPOFEN
Criterios de terapia escalonada	Se proporcionará cobertura si se ha probado un suministro de al menos 30 días de un comprimido genérico de fenofibrate o cápsula micronizada del formulario.
Grupo de terapia escalonada	GLYCOPYRROLATE ALTERNATIVAS EN EL FORMULARIO
Nombres de medicamentos	GLYCATE, GLYCOPYRROLATE
Criterios de terapia escalonada	Se proporcionará cobertura si se ha probado al menos un suministro de 30 días de glycopyrrolate genérico en tabletas de 1 mg o 2 mg.
Grupo de terapia escalonada	ISOSORBIDE ALTERNATIVAS EN EL FORMULARIO
Nombres de medicamentos	ISORDIL TITRADOSE, ISOSORBIDE DINITRATE
Criterios de terapia escalonada	Se proporcionará cobertura si se ha probado un suministro de al menos 30 días de un producto genérico de isosorbide dinitrate del formulario (5 mg, 10 mg, 20 mg, 30 mg).
Grupo de terapia escalonada	METFORMIN ALTERNATIVAS EN EL FORMULARIO
Nombres de medicamentos	METFORMIN HYDROCHLORIDE
Criterios de terapia escalonada	Se proporcionará cobertura si se ha probado al menos un suministro de 30 días de comprimidos de metformin de liberación inmediata (500 mg, 850 mg o 1000 mg).
Grupo de terapia escalonada	SERTRALINE ALTERNATIVAS EN EL FORMULARIO
Nombres de medicamentos	SERTRALINE HYDROCHLORIDE
Criterios de terapia escalonada	Se proporcionará cobertura si se ha probado al menos un suministro de 30 días de tabletas o concentrado oral de sertraline.

Grupo de terapia escalonada	SUCRALFATE ALTERNATIVAS EN EL FORMULARIO
Nombres de medicamentos	CARAFATE, SUCRALFATE
Criterios de terapia escalonada	Se proporcionará cobertura si se ha probado al menos un suministro de 30 días de un producto genérico en tabletas de sucralfate de 1 g.
Grupo de terapia escalonada	VENLAFAXINE ALTERNATIVAS EN EL FORMULARIO
Nombres de medicamentos	VENLAFAXINE BESYLATE ER, VENLAFAXINE HYDROCHLORIDE
Criterios de terapia escalonada	Se proporcionará cobertura si se ha probado un suministro de al menos 30 días de un producto genérico de venlafaxine del formulario.
Grupo de terapia escalonada	ZILEUTON ALTERNATIVAS EN EL FORMULARIO
Nombres de medicamentos	ZILEUTON ER, ZYFLO
Criterios de terapia escalonada	Se proporcionará cobertura si se ha probado al menos un suministro de 30 días de montelukast o zafirlukast genérico.
Grupo de terapia escalonada	INHIBIDORES DE HMG-COA
Nombres de medicamentos	ATORVALIQ, EZALLOR SPRINKLE, FLOLIPID, FLUVASTATIN, FLUVASTATIN SODIUM ER, LESCOL XL, LIVALO, PITAVASTATIN CALCIUM, ZYPITAMAG
Criterios de terapia escalonada	Se proporcionará cobertura 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 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	LAMICTAL ODT, LAMICTAL XR, LAMOTRIGINE ER, LAMOTRIGINE 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 lamotrigine genérico o comprimidos masticables, dispersables de lamotrigine genérico.
Grupo de terapia escalonada	LEVALBUTEROL
Nombres de medicamentos	LEVALBUTEROL TARTRATE HFA, XOPENEX 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	LEVOTHYROXINE
Nombres de medicamentos	LEVOTHYROXINE SODIUM, TIROSINT
Criterios de terapia escalonada	Se proporcionará cobertura si se ha probado un suministro de al menos 30 días de comprimidos de levothyroxine.

Grupo de terapia escalonada	ESTEROIDES NAALES
Nombres de medicamentos	OMNARIS, QNASL, QNASL CHILDRENS
Criterios de terapia escalonada	Se proporcionará cobertura si se ha probado un suministro de al menos 30 días del aerosol nasal de fluticasone genérica.
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	ACIPHEX, ESOMEPRazole MAGNESIUM, LANSOPRAZOLE, NEXIUM, PANTOPRAZOLE SODIUM, PREVACID SOLUTAB, PROTONIX
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	PROSTAGLANDINAS
Nombres de medicamentos	IYUZEH, XELPROS, ZIOPTAN
Criterios de terapia escalonada	Se proporcionará cobertura si se ha probado un suministro de al menos 30 días de latanoprost, bimatoprost o travoprost.
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.
Grupo de terapia escalonada	RYTARY
Nombres de medicamentos	CREXONT, RYTARY
Criterios de terapia escalonada	Se proporcionará cobertura si se ha probado un suministro de al menos 30 días un producto que contenga carbidopa-levodopa genérica de liberación inmediata o de liberación prolongada.
Grupo de terapia escalonada	ANTIFÚNGICOS TÓPICOS
Nombres de medicamentos	ERTACZO, LULICONAZOLE, LUZU
Criterios de terapia escalonada	Se proporcionará cobertura si se ha probado al menos un suministro de 30 días de crema de econazole o crema de ketoconazole.

Grupo de terapia escalonada	TRIPTANOS
Nombres de medicamentos	ALMOTRIPTAN, ELETRIPTAN HYDROBROMIDE, FROVA, FROVATRIPTAN SUCCINATE, ONZETRA XSAIL, RELPAX, SUMATRIPTAN/NAPROXEN SODI, SYMBRAVO, TOSYMRA, TREXIMET, ZEMBRACE SYMTOUCH, ZOLMITRIPTAN, ZOLMITRIPTAN ODT, ZOMIG
Criterios de terapia escalonada	Se proporcionará cobertura si se ha probado un suministro de al menos 30 días de naratriptan genérico, rizatriptan, comprimidos de desintegración oral (orally disintegrating tablets, ODT) de rizatriptan, aerosol nasal de sumatriptan, comprimidos de sumatriptan O inyección de sumatriptan.
Grupo de terapia escalonada	ANTIESPASMOLÍTICOS URINARIOS
Nombres de medicamentos	DARIFENACIN HYDROBROMIDE, OXYTROL
Criterios de terapia escalonada	Se proporcionará cobertura 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 oxybutynin de liberación prolongada, comprimidos de solifenacin, comprimidos de tolterodine de liberación inmediata o comprimidos de trospium de liberación inmediata.