

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 el comprimido de liberación inmediata de aripiprazole genérico (suministro de al menos 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 ha probado el comprimido de entecavir genérico (suministro de al menos 30 días en los 180 días anteriores).
Grupo de terapia escalonada	BISPHOSPHONATES
Nombres de medicamentos	ALENDRONATE SODIUM, RISEDRONATE SODIUM DR
Criterios de terapia escalonada	Se proporcionará cobertura si se ha probado alendronate, ibandronate o risedronate (suministro de al menos 30 días en los 180 días anteriores).
Grupo de terapia escalonada	LAMOTRIGINE
Nombres de medicamentos	LAMOTRIGINE ER
Criterios de terapia escalonada	Se proporcionará cobertura si se han probado comprimidos de lamotrigine genérica de liberación inmediata o comprimidos masticables o dispersables de lamotrigine genérica (con un suministro de al menos 30 días en los 180 días anteriores).
Grupo de terapia escalonada	LEVALBUTEROL
Nombres de medicamentos	LEVALBUTEROL TARTRATE HFA
Criterios de terapia escalonada	Se proporcionará cobertura si se ha probado albuterol HFA o Ventolin HFA (suministro de al menos 30 días) en los 180 días anteriores.
Grupo de terapia escalonada	OLANZAPINE ODT
Nombres de medicamentos	OLANZAPINE ODT
Criterios de terapia escalonada	Se proporcionará cobertura si se han probado comprimidos de olanzapine genérica de liberación inmediata (con un suministro de al menos 30 días en los 180 días anteriores).
Grupo de terapia escalonada	PPI
Nombres de medicamentos	ESOMEPRAZOLE MAGNESIUM
Criterios de terapia escalonada	Se proporcionará cobertura si se han probado dos de las siguientes alternativas genéricas: cápsulas de omeprazole, comprimidos de pantoprazole o cápsulas de lansoprazole (con un suministro de al menos 30 días en los 180 días anteriores).

Grupo de terapia escalonada	RISPERIDONE ODT
Nombres de medicamentos	RISPERIDONE ODT
Criterios de terapia escalonada	Se proporcionará cobertura si se han probado comprimidos de risperidone genérica de liberación inmediata (con un suministro de al menos 30 días en los 180 días anteriores).
Grupo de terapia escalonada	URINARY ANTISPASMODICS
Nombres de medicamentos	TOLTERODINE TARTRATE ER
Criterios de terapia escalonada	Se proporcionará cobertura si se ha probado uno de los siguientes genéricos (con un suministro de al menos 30 días en los 180 días anteriores): 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.