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	HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENINGA
Nombres de medicamentos	CARDURA XL
Criterios de terapia escalonada	Se proporcionará cobertura si se ha probado terazosin, alfuzosin, doxazosin, silodosin o tamsulosin (suministro de al menos 30 días en los 180 días anteriores).
Grupo de terapia escalonada	BISPHOSPHONATES
Nombres de medicamentos	ALENDRONATE SODIUM, ATELVIA, BINOSTO, FOSAMAX PLUS D, 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	DPP4 INHIBITORS
Nombres de medicamentos	ALOGLIPTIN, ALOGLIPTIN/METFORMIN HCL, ALOGLIPTIN/METFORMIN HYDR, ALOGLIPTIN/PIOGLITAZONE, KAZANO, KOMBIGLYZE XR, NESINA, ONGLYZA, OSENI, SITAGLIPTIN, SITAGLIPTIN/METFORMIN HYD, ZITUVIMET, ZITUVIMET XR, ZITUVIO
Criterios de terapia escalonada	Se proporcionará cobertura si el paciente ha probado un suministro de al menos 30 días de sitagliptin (Januvia [sitagliptin], Janumet [sitagliptin/metformin hydrochloride] o Janumet XR [sitagliptin/metformin hydrochloride de liberación prolongada]) Y linagliptin (Tradjenta [linagliptin], Jentadueto [linagliptin/metformin hydrochloride] o Jentadueto XR [linagliptin/metformin hydrochloride de liberación prolongada]) en los 180 días anteriores.
Grupo de terapia escalonada	EDARBI-EDARBYCLOR
Nombres de medicamentos	EDARBI, EDARBYCLOR
Criterios de terapia escalonada	Se proporcionará cobertura si se han probado dos antagonistas del receptor de angiotensina II (ARB) genéricos del formulario o productos combinados de ARB (suministro de al menos 30 días en los 180 días anteriores).

Grupo de terapia escalonada	INHIBIDORES DE HMG-COA
Nombres de medicamentos	ALTOPREV, ATORVALIQ, EZALLOR SPRINKLE, FLOLIPID, FLUVASTATIN, FLUVASTATIN SODIUM ER, LESCOL XL, LIVALO, PITAVASTATIN CALCIUM, ZYPITAMAG
Criterios de terapia escalonada	Se proporcionará cobertura si se han probado comprimidos de atorvastatin, ezetimibe/simvastatin, lovastatin, pravastatin, comprimidos de rosuvastatin, comprimidos de simvastatin o amlodipine/atorvastatin (suministro de al menos 30 días) en los 180 días anteriores.
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 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, XOPENEX 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	LEVOTHYROXINE
Nombres de medicamentos	LEVOTHYROXINE SODIUM, TIROSINT
Criterios de terapia escalonada	Se proporcionará cobertura si se han probado comprimidos de levothyroxine (con un suministro de al menos 30 días en los 180 días anteriores).
Grupo de terapia escalonada	ESTEROIDES NASALES
Nombres de medicamentos	OMNARIS, QNASL, QNASL CHILDRENS
Criterios de terapia escalonada	Se proporcionará cobertura si se ha probado el aerosol nasal de fluticasone genérica (con un 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, LANSOPRAZOLE, NEXIUM, PANTOPRAZOLE SODIUM, PREVACID SOLUTAB, PROTONIX
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	PROSTAGLANDINS
Nombres de medicamentos	IYUZEH, XELPROS, ZIOPTAN
Criterios de terapia escalonada	Se proporcionará cobertura si se ha probado latanoprost, bimatoprost o travoprost (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	RYTARY
Nombres de medicamentos	CREXONT, RYTARY
Criterios de terapia escalonada	Se proporcionará cobertura si se ha probado un producto que contenga carbidopa-levodopa genérica de liberación inmediata o de liberación prolongada durante al menos 30 días en los 180 días anteriores.
Grupo de terapia escalonada	ANTIFÚNGICOS TÓPICOS
Nombres de medicamentos	ERTACZO, LULICONAZOLE, LUZU
Criterios de terapia escalonada	Se proporcionará cobertura si se ha probado crema de econazole o crema de ketoconazole (con un suministro de al menos 30 días) en los 180 días anteriores.
Grupo de terapia escalonada	TRIPTANOS
Nombres de medicamentos	ALMOTRIPTAN, ELETRIPTAN HYDROBROMIDE, FROVA, FROVATRIPTAN SUCCINATE, ONZETRA XSAIL, RELPAX, SUMATRIPTAN/NAPROXEN SODI, TOSYMRA, TREXIMET, ZEMBRACE SYMTOUCH, ZOLMITRIPTAN, ZOLMITRIPTAN ODT, ZOMIG
Criterios de terapia escalonada	Se proporcionará cobertura si se ha probado naratriptan genérico, rizatriptan, comprimidos de desintegración oral (orally disintegrating tablets, ODT) de rizatriptan, aerosol nasal de sumatriptan, comprimidos de sumatriptan O inyección de sumatriptan (con un suministro de al menos 30 días en los 180 días anteriores).
Grupo de terapia escalonada	URINARY ANTISPASMODICS
Nombres de medicamentos	DARIFENACIN HYDROBROMIDE, DETROL LA, OXYTROL, 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.