

## **Criterios de terapia escalonada**

<b>Grupo de terapia escalonada</b>	ARIPIRAZOLE ODT
<b>Nombres del medicamento</b>	ARIPIRAZOLE ODT
<b>Criterios de terapia escalonada</b>	Se dará cobertura si se ha probado aripiprazole genérico en comprimidos de liberación inmediata (por lo menos un suministro de 30 días en los 180 días anteriores.)
<b>Grupo de terapia escalonada</b>	BARACLUDE SOL
<b>Nombres del medicamento</b>	BARACLUDE
<b>Criterios de terapia escalonada</b>	Se dará cobertura si se ha probado lentecavir genérico en comprimidos (por lo menos un suministro de 30 días en los 180 días anteriores).
<b>Grupo de terapia escalonada</b>	HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA
<b>Nombres del medicamento</b>	CARDURA XL
<b>Criterios de terapia escalonada</b>	Se dará cobertura si se han probado terazosin, alfuzosin, doxazosin, silodosin o tamsulosin (por lo menos un suministro de 30 días en los 180 días anteriores).
<b>Grupo de terapia escalonada</b>	BIFOSFONATOS
<b>Nombres del medicamento</b>	ALENDRONATE SODIUM, ATELVIA, BINOSTO, FOSAMAX PLUS D, RISEDRONATE SODIUM DR
<b>Criterios de terapia escalonada</b>	Se dará cobertura si se han probado alendronate, ibandronate o risedronate (por lo menos un suministro de 30 días en los 180 días anteriores).
<b>Grupo de terapia escalonada</b>	INHIBIDORES DE DPP4
<b>Nombres del medicamento</b>	ALOGLIPTIN, ALOGLIPTIN/METFORMIN HCL, ALOGLIPTIN/METFORMIN HYDR, ALOGLIPTIN/PIOGLITAZONE, KAZANO, KOMBIGLYZE XR, NESINA, ONGLYZA, OSENI, SITAGLIPTIN, SITAGLIPTIN/METFORMIN HYD, ZITUVIO
<b>Criterios de terapia escalonada</b>	Se dará cobertura si el paciente ha probado por lo menos un suministro de 30 días de lo siguiente (Januvia [sitagliptin], Janumet [sitagliptin/metformina hydrochloride], o Janumet XR [sitagliptin/hidrocloruro de metformina de liberación prolongada]) Y linagliptin (Tradjenta [linagliptin], Jentaduetto [linagliptin/metformin hydrochloride] o Jentaduetto XR [linagliptin/metformin hydrochloride de liberación prolongada]) en los 180 días anteriores.
<b>Grupo de terapia escalonada</b>	EDARBI-EDARBYCLOR
<b>Nombres del medicamento</b>	EDARBI, EDARBYCLOR
<b>Criterios de terapia escalonada</b>	Se dará cobertura si se han probado dos de los siguientes antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARB) genéricos: o productos de combinación ARB (por lo menos un suministro de 30 días en los 180 días anteriores).

<p><b>Grupo de terapia escalonada</b> <b>Nombres del medicamento</b></p> <p><b>Criterios de terapia escalonada</b></p>	<p>INHIBIDORES DE LA HMG-COA ALTOPREV, ATORVALIQ, EZALLOR SPRINKLE, FLOLIPID, FLUVASTATIN, FLUVASTATIN SODIUM ER, LESCOL XL, LIVALO, PITAVASTATIN CALCIUM, ZYPITAMAG Se dará cobertura si se han probado atorvastatin en comprimidos, ezetimibe/simvastatin, lovastatin, pravastatin, rosuvastatin en comprimidos, simvastatin en comprimidos o amlodipine/atorvastatin (por lo menos un suministro de 30 días) en los 180 días anteriores.</p>
<p><b>Grupo de terapia escalonada</b> <b>Nombres del medicamento</b> <b>Criterios de terapia escalonada</b></p>	<p>LAMOTRIGINE LAMICTAL ODT, LAMICTAL XR, LAMOTRIGINE ER, LAMOTRIGINE ODT Se dará cobertura si se ha probado lamotrigine genérico en comprimidos de liberación inmediata o lamotrigine genérico masticable (por lo menos un suministro de 30 días) en los 180 días anteriores.</p>
<p><b>Grupo de terapia escalonada</b> <b>Nombres del medicamento</b> <b>Criterios de terapia escalonada</b></p>	<p>LEVALBUTEROL LEVALBUTEROL TARTRATE HFA, XOPENEX HFA Se dará cobertura si se han probado albuterol HFA o Ventolin HFA (por lo menos un suministro de 30 días) en los 180 días anteriores.</p>
<p><b>Grupo de terapia escalonada</b> <b>Nombres del medicamento</b> <b>Criterios de terapia escalonada</b></p>	<p>LEVOTHYROXINE LEVOTHYROXINE SODIUM, TIROSINT Se dará cobertura si se ha probado levothyroxine en comprimidos (por lo menos un suministro de 30 días en los 180 días anteriores).</p>
<p><b>Grupo de terapia escalonada</b> <b>Nombres del medicamento</b> <b>Criterios de terapia escalonada</b></p>	<p>ESTEROIDES NAALES OMNARIS, QNASL, QNASL CHILDRENS Se dará cobertura si se ha probado fluticasone nasal genérico en spray (por lo menos un suministro de 30 días) en los 180 días anteriores.</p>
<p><b>Grupo de terapia escalonada</b> <b>Nombres del medicamento</b> <b>Criterios de terapia escalonada</b></p>	<p>OLANZAPINE ODT OLANZAPINE ODT Se dará cobertura si se ha probado olanzapina genérica en comprimidos de liberación inmediata (por lo menos un suministro de 30 días en los 180 días anteriores).</p>
<p><b>Grupo de terapia escalonada</b> <b>Nombres del medicamento</b> <b>Criterios de terapia escalonada</b></p>	<p>PPI ESOMEPRAZOLE MAGNESIUM, LANSOPRAZOLE, NEXIUM, PANTOPRAZOLE SODIUM, PREVACID SOLUTAB, PROTONIX Se dará cobertura si se han probado dos de las siguientes alternativas genéricas: omeprazole en cápsulas, pantoprazole en comprimidos o lansoprazole en cápsulas (por lo menos un suministro de 30 días en los 180 días anteriores).</p>

<b>Grupo de terapia escalonada</b>	PROSTAGLANDINAS
<b>Nombres del medicamento</b>	IYUZEH, XELPROS, ZIOPTAN
<b>Criterios de terapia escalonada</b>	Se dará cobertura si se han probado latanoprost, bimatoprost o travoprost (por lo menos un suministro de 30 días) en los 180 días anteriores.
<b>Grupo de terapia escalonada</b>	RISPERIDONE ODT
<b>Nombres del medicamento</b>	RISPERIDONE ODT
<b>Criterios de terapia escalonada</b>	Se dará cobertura si se ha probado risperidone genérico en comprimidos de liberación inmediata (por lo menos un suministro de 30 días en los 180 días anteriores).
<b>Grupo de terapia escalonada</b>	RYTARY
<b>Nombres del medicamento</b>	CREXONT, RYTARY
<b>Criterios de terapia escalonada</b>	Se dará cobertura si se ha probado un producto genérico que contenga carbidopa-levodopa de liberación inmediata o de liberación prolongada por lo menos 30 días en los 180 días anteriores.
<b>Grupo de terapia escalonada</b>	ANTIMICÓTICOS TÓPICOS
<b>Nombres del medicamento</b>	ERTACZO, LULICONAZOLE, LUZU
<b>Criterios de terapia escalonada</b>	Se dará cobertura si se han probado econazole en crema o ketoconazole en crema (por lo menos un suministro de 30 días) en los 180 días anteriores.
<b>Grupo de terapia escalonada</b>	TRIPTANOS
<b>Nombres del medicamento</b>	ALMOTRIPTAN, ELETRIPTAN HYDROBROMIDE, FROVA, FROVATRIPTAN SUCCINATE, ONZETRA XSAIL, RELPAX, SUMATRIPTAN/NAPROXEN SODI, TOSYMRA, TREXIMET, ZEMBRACE SYMTOUCH, ZOLMITRIPTAN, ZOLMITRIPTAN ODT, ZOMIG
<b>Criterios de terapia escalonada</b>	Se dará cobertura si se han probado naratriptan genérico, rizatriptan, rizatriptan en comprimidos que se disuelven en la boca (ODT), sumatriptan spray nasal, sumatriptan comprimidos O sumatriptan inyectable (por lo menos un suministro de 30 días en los 180 días anteriores).
<b>Grupo de terapia escalonada</b>	ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS
<b>Nombres del medicamento</b>	DARIFENACIN HYDROBROMIDE, DETROL LA, GELNIQUE, OXYTROL, TOLTERODINE TARTRATE ER
<b>Criterios de terapia escalonada</b>	Se proporcionará cobertura si se ha probado uno de los siguientes genéricos (al menos un suministro para 30 días en los 180 días anteriores): oxybutynin comprimidos, oxybutynin solución, oxybutynin comprimidos de liberación prolongada, solifenacin comprimidos, tolterodina comprimidos de liberación inmediata o trospio comprimidos de liberación inmediata.