

## 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/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.
<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).

<b>Grupo de terapia escalonada</b>	INHIBIDORES DE LA HMG-COA
<b>Nombres del medicamento</b>	ALTOPREV, ATORVALIQ, EZALLOR SPRINKLE, FLOLIPID, FLUVASTATIN, FLUVASTATIN SODIUM ER, LESCOL XL, LIVALO, PITAVASTATIN CALCIUM, ZYPITAMAG
<b>Criterios de terapia escalonada</b>	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.
<b>Grupo de terapia escalonada</b>	LAMOTRIGINE
<b>Nombres del medicamento</b>	LAMICTAL ODT, LAMICTAL XR, LAMOTRIGINE ER, LAMOTRIGINE ODT
<b>Criterios de terapia escalonada</b>	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.
<b>Grupo de terapia escalonada</b>	LEVALBUTEROL
<b>Nombres del medicamento</b>	LEVALBUTEROL TARTRATE HFA, XOPENEX HFA
<b>Criterios de terapia escalonada</b>	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.
<b>Grupo de terapia escalonada</b>	LEVOTHYROXINE
<b>Nombres del medicamento</b>	LEVOTHYROXINE SODIUM, TIROSINT
<b>Criterios de terapia escalonada</b>	Se dará cobertura si se ha probado levothyroxine en comprimidos (por lo menos un suministro de 30 días en los 180 días anteriores).
<b>Grupo de terapia escalonada</b>	ESTEROIDES NAALES - REVISIÓN DE CMS PENDIENTE
<b>Nombres del medicamento</b>	OMNARIS, QNASL, QNASL CHILDRENS
<b>Criterios de terapia escalonada</b>	-
<b>Grupo de terapia escalonada</b>	OLANZAPINE ODT
<b>Nombres del medicamento</b>	OLANZAPINE ODT, ZYPREXA ZYDIS
<b>Criterios de terapia escalonada</b>	Se dará cobertura si se ha probado olanzapine generico en comprimidos de liberación inmediata (por lo menos un suministro de 30 días) en los 180 días anteriores.
<b>Grupo de terapia escalonada</b>	PPI
<b>Nombres del medicamento</b>	ESOMEPRAZOLE MAGNESIUM, LANSOPRAZOLE, NEXIUM, PANTOPRAZOLE SODIUM, PREVACID SOLUTAB, PROTONIX
<b>Criterios de terapia escalonada</b>	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).
<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>	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, REXPAX, 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.