

Criterios del tratamiento escalonado

Grupo de tratamiento escalonado	ARIPIPRAZOLE ODT
Nombres del medicamento	ARIPIPRAZOLE ODT
Criterios del tratamiento escalonado	La cobertura se proporcionará si se ha probado un suministro de al menos 30 días de comprimidos genéricos de liberación inmediata de aripiprazole.
Grupo de tratamiento escalonado	BARACLUDE SOL
Nombres del medicamento	BARACLUDE
Criterios del tratamiento escalonado	La cobertura se proporcionará si se ha probado un suministro de al menos [30 días] de comprimidos genéricos de entecavir.
Grupo de tratamiento escalonado	HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA
Nombres del medicamento	CARDURA XL, TEZRULY
Criterios del tratamiento escalonado	La cobertura se proporcionará si se ha probado un suministro de al menos [30 días] de terazosin, alfuzosin, doxazosin, silodosin o tamsulosin.
Grupo de tratamiento escalonado	BIFOSFONATOS
Nombres del medicamento	ALENDRONATE SODIUM, ATELVIA, BINOSTO, FOSAMAX PLUS D, RISEDRONATE SODIUM DR
Criterios del tratamiento escalonado	La cobertura se proporcionará si se ha probado al menos un suministro de al menos [30 días] de alendronate, ibandronate, o risedronate.
Grupo de tratamiento escalonado	BRINZOLAMIDE
Nombres del medicamento	AZOPT, BRINZOLAMIDE
Criterios del tratamiento escalonado	La cobertura se proporcionará si se ha probado un suministro de al menos 30 días de solución oftálmica de dorzolamide al 2%.
Grupo de tratamiento escalonado	DPP4 INHIBITORS
Nombres del medicamento	ALOGLIPTIN, ALOGLIPTIN/METFORMIN HCL, ALOGLIPTIN/METFORMIN HYDR, ALOGLIPTIN/PIOGLITAZONE, BRYNOVIN, ZITUVIMET, ZITUVIMET XR, ZITUVIO
Criterios del tratamiento escalonado	La cobertura se proporcionará si se 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]) O linagliptin (Tradjenta [linagliptin], Jentadueto [linagliptin/metformin hydrochloride], o Jentadueto XR [linagliptin/metformin hydrochloride de liberación prolongada]).
Grupo de tratamiento escalonado	EDARBI, EDARBYCLOR
Nombres del medicamento	EDARBI, EDARBYCLOR
Criterios del tratamiento escalonado	La cobertura se proporcionará si se ha probado un suministro de al menos [30 días] de dos Angiotensin II Receptor Antagonists (ARBs) o productos combinados de ARB.

Grupo de tratamiento escalonado	FORM ALT ALLOPURINOL
Nombres del medicamento	ALLOPURINOL
Criterios del tratamiento escalonado	La cobertura se proporcionará si se ha probado un suministro de al menos 30 días de comprimidos de alopurinol de 100 mg o 300 mg.
Grupo de tratamiento escalonado	FORM ALT BUPROPION
Nombres del medicamento	APLENZIN, BUPROPION HYDROCHLORIDE E, FORFIVO XL, WELLBUTRIN SR, WELLBUTRIN XL
Criterios del tratamiento escalonado	La cobertura se proporcionará si se ha probado un suministro de al menos 30 días de un producto genérico de bupropion del formulario.
Grupo de tratamiento escalonado	FORM ALT CITALOPRAM
Nombres del medicamento	CITALOPRAM HYDROBROMIDE
Criterios del tratamiento escalonado	La cobertura se proporcionará 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 10 mg/5 mL.
Grupo de tratamiento escalonado	FORM ALT FENOFIBRATE
Nombres del medicamento	FENOFIBRATE, FENOFIBRIC ACID, LIPOFEN
Criterios del tratamiento escalonado	La cobertura se proporcionará si se ha probado un suministro de al menos 30 días de un comprimido genérico de fenofibrate o cápsula micronizada del formulario.
Grupo de tratamiento escalonado	FORM ALT GLYCOPYRROLATE
Nombres del medicamento	GLYCATE, GLYCOPYRROLATE
Criterios del tratamiento escalonado	La cobertura se proporcionará si se ha probado un suministro de al menos 30 días de comprimidos genéricos de glycopyrrolate de 1 mg o 2 mg.
Grupo de tratamiento escalonado	FORM ALT ISOSORBIDE
Nombres del medicamento	ISOSORBIDE DINITRATE
Criterios del tratamiento escalonado	La cobertura se proporcionará 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 tratamiento escalonado	FORM ALT METFORMIN
Nombres del medicamento	METFORMIN HYDROCHLORIDE
Criterios del tratamiento escalonado	La cobertura se proporcionará si se ha probado un suministro de al menos 30 días de comprimidos de liberación inmediata de metformin (500 mg, 850 mg o 1000 mg).
Grupo de tratamiento escalonado	FORM ALT SERTRALINE
Nombres del medicamento	SERTRALINE HYDROCHLORIDE
Criterios del tratamiento escalonado	La cobertura se proporcionará si se ha probado un suministro de al menos 30 días de comprimidos o concentrado oral de sertraline.

Grupo de tratamiento escalonado	FORM ALT SUCRALFATE
Nombres del medicamento	CARAFATE, SUCRALFATE
Criterios del tratamiento escalonado	La cobertura se proporcionará si se ha probado un suministro de al menos 30 días de un producto genérico de sucralfate en comprimidos de 1 g.
Grupo de tratamiento escalonado	FORM ALT VENLAFAXINE
Nombres del medicamento	VENLAFAXINE BESYLATE ER, VENLAFAXINE HYDROCHLORIDE
Criterios del tratamiento escalonado	La cobertura se proporcionará si se ha probado un suministro de al menos 30 días de un producto genérico de venlafaxine del formulario.
Grupo de tratamiento escalonado	FORM ALT ZILEUTON
Nombres del medicamento	ZILEUTON ER, ZYFLO
Criterios del tratamiento escalonado	La cobertura se proporcionará si se ha probado un suministro de al menos 30 días de montelukast o zafirlukast genérico.
Grupo de tratamiento escalonado	HMG-COA INHIBITORS
Nombres del medicamento	ATORVALIQ, EZALLOR SPRINKLE, FLOLIPID, FLUVASTATIN, FLUVASTATIN SODIUM ER, LESCOL XL, LIVALO, PITAVASTATIN CALCIUM, ZYPITAMAG
Criterios del tratamiento escalonado	La cobertura se proporcionará 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 tratamiento escalonado	LAMOTRIGINE
Nombres del medicamento	LAMICTAL ODT, LAMICTAL XR, LAMOTRIGINE ER, LAMOTRIGINE ODT, SUBVENITE
Criterios del tratamiento escalonado	La cobertura se proporcionará si se ha probado un suministro de al menos 30 días de comprimidos genéricos de liberación inmediata de lamotrigine o comprimidos masticables y dispersables de lamotrigine.
Grupo de tratamiento escalonado	LEVALBUTEROL
Nombres del medicamento	LEVALBUTEROL TARTRATE HFA, XOPENEX HFA
Criterios del tratamiento escalonado	La cobertura se proporcionará si se ha probado un suministro de al menos 30 días de albuterol HFA o Ventolin HFA.
Grupo de tratamiento escalonado	LEVOTIROXINA
Nombres del medicamento	LEVOTHYROXINE SODIUM, TIROSINT
Criterios del tratamiento escalonado	La cobertura se proporcionará si se ha probado un suministro de al menos 30 días de comprimidos de levothyroxine.

Grupo de tratamiento escalonado	ESTEROIDES NASALES
Nombres del medicamento	OMNARIS, QNASL, QNASL CHILDRENS
Criterios del tratamiento escalonado	La cobertura se proporcionará si se ha probado un suministro de al menos 30 días de aerosol nasal genérico de fluticasone.
Grupo de tratamiento escalonado	OLANZAPINE ODT
Nombres del medicamento	OLANZAPINE ODT, ZYPREXA ZYDIS
Criterios del tratamiento escalonado	La cobertura se proporcionará si se ha probado un suministro de al menos 30 días de comprimidos genéricos de liberación inmediata de olanzapine.
Grupo de tratamiento escalonado	PPI
Nombres del medicamento	ACIPHEX, ESOMEPRAZOLE MAGNESIUM, LANSOPRAZOLE, NEXIUM, PANTOPRAZOLE SODIUM, PREVACID SOLUTAB, PROTONIX
Criterios del tratamiento escalonado	La cobertura se proporcionará 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 tratamiento escalonado	PROSTAGLANDINS
Nombres del medicamento	IYUZEH, XELPROS, ZIOPTAN
Criterios del tratamiento escalonado	La cobertura se proporcionará si se ha probado un suministro de al menos 30 días de latanoprost, bimatoprost o travoprost.
Grupo de tratamiento escalonado	RISPERIDONE ODT
Nombres del medicamento	RISPERIDONE ODT
Criterios del tratamiento escalonado	La cobertura se proporcionará si se ha probado al menos un suministro de 30 días de comprimidos genéricos de risperidone de liberación inmediata.
Grupo de tratamiento escalonado	RYTARY
Nombres del medicamento	CREXONT, RYTARY
Criterios del tratamiento escalonado	La cobertura se proporcionará si se ha probado un suministro de al menos 30 días de un producto genérico que contenga carbidopa-levodopa de liberación inmediata o de liberación prolongada.
Grupo de tratamiento escalonado	ANTIMICÓTICOS TÓPICOS
Nombres del medicamento	ECONAZOLE NITRATE, ERTACZO, LULICONAZOLE, LUZU
Criterios del tratamiento escalonado	La cobertura se proporcionará si se ha probado un suministro de al menos 30 días de econazole cream o ketoconazole cream.

Grupo de tratamiento escalonado	TRIPTRANS
Nombres del medicamento	ALMOTRIPTAN, ELETRIPTAN HYDROBROMIDE, FROVATRIPTAN SUCCINATE, ONZETRA XSAIL, RELPAX, SUMATRIPTAN/NAPROXEN SODI, SYMBRAVO, TOSYMRA, TREXIMET, ZEMBRACE SYMTOUCH, ZOLMITRIPTAN, ZOLMITRIPTAN ODT, ZOMIG
Criterios del tratamiento escalonado	La cobertura se proporcionará si se ha probado al menos un suministro de [30 días] de naratriptan, rizatriptan, rizatriptan en comprimidos de desintegración oral (ODT), sumatriptan nasal spray, comprimidos de sumatriptan O inyección de sumatriptan.
Grupo de tratamiento escalonado	ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS
Nombres del medicamento	DARIFENACIN HYDROBROMIDE, OXYTROL
Criterios del tratamiento escalonado	La cobertura se proporcionará 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 liberación prolongada de oxybutynin, comprimidos de solifenacin, comprimidos de liberación inmediata de tolterodine o comprimidos de liberación inmediata de trospium.