

Criterios de Terapia Escalonada

Grupo de Terapia Escalonada	HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA
Nombres de Medicamentos	CARDURA XL
Criterios de Terapia Escalonada	Se proporcionará cobertura si se ha probado terazosina, alfuzosina, doxazosina, silodosina o tamsulosina (al menos un suministro de 30 días en los 180 días anteriores).
Grupo de Terapia Escalonada	BIFOSFONATOS
Nombres de Medicamentos	BINOSTO, FOSAMAX PLUS D
Criterios de Terapia Escalonada	Se proporcionará cobertura si se ha probado alendronato, ibandronato o risedronato (al menos un suministro de 30 días en los 180 días anteriores).
Grupo de Terapia Escalonada	INHIBIDORES DE DPP4
Nombres de Medicamentos	ALOGLIPTINA, ALOGLIPTINA/METFORMINA HCL, ALOGLIPTINA/METFORMINA HYDR, ALOGLIPTINA/PIOGLITAZONA, KAZANO, KOMBIGLYZE XR, NESINA, ONGLYZA, OSENI, ZITUVIO
Criterios de Terapia Escalonada	Se proporcionará cobertura si el paciente tuvo una prueba de un suministro de al menos 30 días de sitagliptina (Januvia [sitagliptina], Janumet [sitagliptina/clorhidrato de metformina] o Janumet XR [sitagliptina/clorhidrato de metformina de liberación prolongada]) Y linagliptina (Tradjenta [linagliptina], Jentaduetto [linagliptina/clorhidrato de metformina] o Jentaduetto XR [linagliptina/clorhidrato de metformina de liberación prolongada]) en los 180 días anteriores.
Grupo de Terapia Escalonada	INHIBIDORES DE HMG-COA
Nombres de Medicamentos	ALTOPREV, ATORVALIQ, EZALLOR SPRINKLE, FLOLIPID, FLUVASTATINA, FLUVASTATINA DE SODIO DE LIBERACIÓN PROLONGADA, LESCOL XL, LIVALO, PITAVASTATINA DE CALCIO, ZYPITAMAG
Criterios de Terapia Escalonada	Se proporcionará cobertura si se han probado tabletas de atorvastatina, ezetimiba/simvastatina, lovastatina, pravastatina, tabletas de rosuvastatina, tabletas de simvastatina o amlodipina/atorvastatina (al menos un suministro para 30 días) en los 180 días anteriores.
Grupo de Terapia Escalonada	LEVALBUTEROL
Nombres de Medicamentos	TARTRATO DE LEVALBUTEROL HFA, XOPENEX HFA
Criterios de Terapia Escalonada	Se proporcionará cobertura si se ha probado albuterol HFA o Ventolin HFA (al menos un suministro de 30 días) en los 180 días anteriores.
Grupo de Terapia Escalonada	LEVOTIROXINA CAP
Nombres de Medicamentos	LEVOTIROXINA SÓDICA, TIROSINT
Criterios de Terapia Escalonada	Se proporcionará cobertura si se han probado las tabletas de levotiroxina (al menos un suministro para 30 días en los 180 días anteriores).

Grupo de Terapia Escalonada	ESTEROIDES NASALES
Nombres de Medicamentos	BECONASE AQ, FUROATO DE MOMETASONA, OMNARIS, QNASL, QNASL INFANTIL, ZETONNA
Criterios de Terapia Escalonada	Se proporcionará cobertura si se ha probado el aerosol nasal genérico de fluticasona (un suministro de al menos 30 días) en los 180 días anteriores.
Grupo de Terapia Escalonada	PPI
Nombres de Medicamentos	ESOMEPRAZOL MAGNESIO, LANSOPRAZOL, NEXIUM, PANTOPRAZOL SÓDICO, PREVACID SOLUTAB, PROTONIX
Criterios de Terapia Escalonada	Se brindará cobertura si se han probado dos de las siguientes alternativas genéricas: cápsulas de omeprazol, tabletas de pantoprazol o cápsulas de lansoprazol (al menos un suministro para 30 días en los 180 días anteriores).
Grupo de Terapia Escalonada	PROSTAGLANDINAS
Nombres de Medicamentos	IYUZEH, XELPROS, ZIOPTAN
Criterios de Terapia Escalonada	Se brindará cobertura si se ha probado latanoprost, bimatoprost o travoprost (al menos un suministro de 30 días) en los 180 días anteriores.
Grupo de Terapia Escalonada	RYTARY
Nombres de Medicamentos	RYTARY
Criterios de Terapia Escalonada	Se proporcionará cobertura si se ha probado un producto genérico de liberación inmediata o de liberación prolongada que contiene carbidopa-levodopa durante al menos 30 días en los 180 días anteriores.
Grupo de Terapia Escalonada	ANTIFÚNGICOS TÓPICOS
Nombres de Medicamentos	ERTACZO, LULICONAZOL, LUZU
Criterios de Terapia Escalonada	Se proporcionará cobertura si se ha probado la crema de econazol o la crema de ketoconazol (al menos un suministro de 30 días) en los 180 días anteriores.
Grupo de Terapia Escalonada	TRIPTANOS
Nombres de Medicamentos	ONZETRA XSAIL, TOSYMRA, ZEMBRACE SYMTOUCH, ZOLMITRIPTAN, ZOLMITRIPTAN ODT, ZOMIG
Criterios de Terapia Escalonada	Se proporcionará cobertura si se ha probado almotriptán, eletriptán, frovatriptán, naratriptán, rizatriptán, rizatriptán ODT, sumatriptán en aerosol nasal, sumatriptán en tabletas o inyección de sumatriptán (al menos un suministro de 30 días en los 180 días anteriores).

Grupo de Terapia Escalonada	ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS
Nombres de Medicamentos	HIDROBROMURO DE DARIFENACINA, DETROL LA, GELNIQUE, OXYTROL, TARTRATO DE TOLTERODINA DE LIBERACIÓN PROLONGADA
Criterios de Terapia Escalonada	Se brindará cobertura si se ha probado mirabegrón, oxibutinina, oxibutinina de liberación prolongada, tabletas de solifenacina, tolterodina de liberación inmediata, trospio de liberación inmediata o vibegrón (al menos un suministro para 30 días en los 180 días anteriores).