

## **Criterios de Terapia Escalonada**

<b>Grupo de Terapia Escalonada</b>	ARIPIPRAZOLE ODT - REVISIÓN PENDIENTE DEL CMS
<b>Nombres de Medicamentos</b>	ARIPIPRAZOL ODT
<b>Criterios de Terapia Escalonada</b>	Se proporcionará cobertura si se ha probado la tableta de liberación inmediata de aripiprazol genérico (al menos un suministro de 30 días en los 180 días anteriores).
<b>Grupo de Terapia Escalonada</b>	BARACLUDGE SOL - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
<b>Nombres de Medicamentos</b>	BARACLUDGE
<b>Criterios de Terapia Escalonada</b>	Se proporcionará cobertura si se han probado las tabletas de levotiroxina (al menos un suministro para 30 días en los 180 días anteriores).
<b>Grupo de Terapia Escalonada</b>	LAMOTRIGINE - REVISIÓN CMS PENDIENTE
<b>Nombres de Medicamentos</b>	LAMOTRIGINA ER
<b>Criterios de Terapia Escalonada</b>	Se brindará cobertura si se han probado tabletas de liberación inmediata de lamotrigina genérica o tabletas masticables y dispersables de lamotrigina genérica (al menos un suministro de 30 días en los 180 días anteriores).
<b>Grupo de Terapia Escalonada</b>	LEVALBUTEROL - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
<b>Nombres de Medicamentos</b>	TARTRATO DE LEVALBUTEROL HFA
<b>Criterios de Terapia Escalonada</b>	Se proporcionará cobertura si se ha probado albuterol HFA o Ventolin HFA (al menos un suministro de 30 días) en los 180 días anteriores.
<b>Grupo de Terapia Escalonada</b>	OLANZAPINA ODT - REVISIÓN PENDIENTE DEL CMS
<b>Nombres de Medicamentos</b>	OLANZAPINA ODT
<b>Criterios de Terapia Escalonada</b>	Se proporcionará cobertura si se ha probado la tableta genérica de olanzapina de liberación inmediata (al menos un suministro de 30 días en los 180 días anteriores).
<b>Grupo de Terapia Escalonada</b>	PPI - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
<b>Nombres de Medicamentos</b>	ESOMEPRAZOL DE MAGNESIO
<b>Criterios de Terapia Escalonada</b>	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).
<b>Grupo de Terapia Escalonada</b>	RISPERIDONA ODT - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS
<b>Nombres de Medicamentos</b>	RISPERIDONA ODT
<b>Criterios de Terapia Escalonada</b>	Se proporcionará cobertura si se ha probado la tableta genérica de liberación inmediata de risperidona (al menos un suministro de 30 días en los 180 días anteriores).

**Grupo de Terapia Escalonada**

**Nombres de Medicamentos**

**Criterios de Terapia Escalonada**

ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS - PENDIENTE DE REVISIÓN DEL CMS  
TARTRATO DE TOLTERODINA ER

Se proporcionará cobertura si se ha probado uno de los siguientes genéricos (al menos un suministro de 30 días en los 180 días anteriores): tabletas de oxibutinina, solución de oxibutinina, tabletas de liberación prolongada de oxibutinina, tabletas de solifenacina, tabletas de liberación inmediata de tolterodina o tabletas de liberación inmediata de trospio.