

Criterios de terapia progresiva

Grupo de terapia progresiva	ODT DE ARIPIPRAZOL
Nombres de los medicamentos	ODT DE ARIPIPRAZOL
Criterios de terapia progresiva	Se proporcionará cobertura si se han probado los comprimidos genéricos de liberación inmediata de aripiprazol (al menos un suministro de 30 días en los 180 días anteriores).
Grupo de terapia progresiva	SOL DE BARACLUDE
Nombres de los medicamentos	BARACLUDE
Criterios de terapia progresiva	Se proporcionará cobertura si se han probado los comprimidos genéricos de entecavir (al menos un suministro de 30 días en los 180 días anteriores).
Grupo de terapia progresiva	BIFOSFONATOS
Nombres de los medicamentos	ALENDRONATO SÓDICO, RISEDONATO SÓDICO DR
Criterios de terapia progresiva	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 progresiva	LAMOTRIGINA
Nombres de los medicamentos	LAMOTRIGINA DE ER
Criterios de terapia progresiva	Se proporcionará cobertura si se han probado los comprimidos genéricos de liberación inmediata de lamotrigina o tabletas genéricas masticables y dispersables de lamotrigina (al menos un suministro de 30 días en los 180 días anteriores).
Grupo de terapia progresiva	LEVALBUTEROL
Nombres de los medicamentos	LEVALBUTEROL TARTRATE HFA
Criterios de terapia progresiva	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 progresiva	ODT DE OLANZAPINA
Nombres de los medicamentos	ODT DE OLANZAPINA
Criterios de terapia progresiva	Se proporcionará cobertura si se han probado los comprimidos genéricos de liberación inmediata de olanzapina (al menos un suministro de 30 días en los 180 días anteriores).

Grupo de terapia progresiva	PPI
Nombres de los medicamentos	EZOMEPRASOL DE MAGNESIO
Criterios de terapia progresiva	Se proporcionará cobertura si se han probado dos de las siguientes alternativas genéricas: cápsulas de omeprazol, comprimidos de pantoprazol o cápsulas de lansoprazol (al menos un suministro de 30 días en los 180 días anteriores).
Grupo de terapia progresiva	ODT DE RISPERIDONA
Nombres de los medicamentos	ODT DE RISPERIDONA
Criterios de terapia progresiva	Se proporcionará cobertura si se han probado los comprimidos genéricos de liberación inmediata de risperidona (al menos un suministro de 30 días en los 180 días anteriores).
Grupo de terapia progresiva	ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS
Nombres de los medicamentos	TARTRATO DE TOLTERODINA DE ER
Criterios de terapia progresiva	Se proporcionará cobertura si se ha probado uno de los siguientes genéricos (al menos un suministro de 30 días en los 180 días anteriores): comprimidos de oxibutinina, solución de oxibutinina, comprimidos de liberación prolongada de oxibutinina, comprimidos de solifenacina, comprimidos de liberación inmediata de tolterodina o comprimidos de liberación inmediata de trospio.

Molina Healthcare es un plan C-SNP, D-SNP y HMO con un contrato de Medicare. Los planes D-SNP tienen un contrato con el programa estatal de Medicaid. La inscripción depende de la renovación del contrato.

Solo VA D-SNP: Molina Healthcare es un plan D-SNP con un contrato de Medicare. Los planes D-SNP tienen un contrato con el programa Cardinal Care Medicaid del Departamento de Servicios de Asistencia Médica de Virginia. La inscripción depende de la renovación del contrato.

Solo CHP: Central Health Medicare Plan es un HMO/HMO SNP con un contrato de Medicare. La inscripción en nuestro plan depende de la renovación del contrato.

Solo NM D-SNP: Estos servicios se financian en conjunto con el estado de New Mexico.

<https://www.molinahealthcare.com/members/common/en-US/multi-language-taglines.aspx>

https://centralhealthplan.com/Docs/Member/Multi_Lanugage_Insert.pdf