

Crterios de terapia escalonada

<i>Grupo de terapia escalonada</i>	ARIPIPRAZOLE ODT
<i>Nombre del medicamento</i>	ARIPIPRAZOLE ODT
<i>Crterios de terapia escalonada</i>	Se proporcionará cobertura si se ha probado un suministro de al menos 30 días de generic aripiprazole immediate release tablet.
<i>Grupo de terapia escalonada</i>	BARACLUDE SOL
<i>Nombre del medicamento</i>	BARACLUDE
<i>Crterios de terapia escalonada</i>	Se proporcionará cobertura si se ha probado un suministro de al menos [30 días] de generic entecavir tablets.
<i>Grupo de terapia escalonada</i>	BISPHOSPHONATES
<i>Nombre del medicamento</i>	ALENDRONATE SODIUM, RISEDRONATE SODIUM DR
<i>Crterios de terapia escalonada</i>	Se proporcionará cobertura si se ha probado un suministro de al menos [30 días] de alendronate, ibandronate o risedronate.
<i>Grupo de terapia escalonada</i>	BRINZOLAMIDE
<i>Nombre del medicamento</i>	BRINZOLAMIDE
<i>Crterios de terapia escalonada</i>	Se proporcionará cobertura si se ha probado un suministro de al menos 30 días de dorzolamide 2 % ophthalmic solution.
<i>Grupo de terapia escalonada</i>	LAMOTRIGINE
<i>Nombre del medicamento</i>	LAMOTRIGINA ER, SUBVENITE
<i>Crterios de terapia escalonada</i>	Se proporcionará cobertura si se ha probado un suministro de al menos 30 días de generic lamotrigine immediate release tablets o generic lamotrigine chewable, dispersible tablet.
<i>Grupo de terapia escalonada</i>	LEVALBUTEROL
<i>Nombre del medicamento</i>	LEVALBUTEROL TARTRATE HFA
<i>Crterios de terapia escalonada</i>	Se proporcionará cobertura si se ha probado un suministro de al menos 30 días de albuterol HFA o Ventolin HFA.
<i>Grupo de terapia escalonada</i>	OLANZAPINE ODT
<i>Nombre del medicamento</i>	OLANZAPINE ODT
<i>Crterios de terapia escalonada</i>	Se proporcionará cobertura si se ha probado un suministro de al menos 30 días de generic olanzapine immediate release tablet.

Grupo de terapia escalonada PPI
Nombre del medicamento ESOMEPRAZOLE MAGNESIUM
Criterios de terapia escalonada Se proporcionará cobertura si se ha probado un suministro de al menos 30 días de dos de las siguientes alternativas genéricas: omeprazole capsules, pantoprazole tablets o lansoprazole capsules.

Grupo de terapia escalonada RISPERIDONE ODT
Nombre del medicamento RISPERIDONE ODT
Criterios de terapia escalonada Se proporcionará cobertura si se ha probado un suministro de al menos 30 días de generic risperidone immediate release tablet.

Aviso de disponibilidad (NOA) para el plan Molina One Care (HMO D-SNP)

Aviso de disponibilidad (NOA) para los planes Senior Whole Health SCO (HMO D-SNP) y Senior Whole Health SCO (HMO D-SNP)