Criterios de terapia escalonada

Grupo de terapia escalonada	ARIPIPRAZOLE ODT
Nombres de medicamentos	ARIPIPRAZOLE ODT
Criterios de terapia escalonada	Se proporcionará cobertura si se ha probado un suministro de al menos 30 días de generic aripiprazole immediate release tablet.
Grupo de terapia escalonada	BARACLUDE SOL
Nombres de medicamentos	BARACLUDE
Criterios de terapia escalonada	Se proporcionará cobertura si se ha probado un suministro de al menos [30 días] de generic entecavir tablets.
Grupo de terapia escalonada	BISPHOSPHONATES
Nombres de medicamentos	ALENDRONATE SODIUM, RISEDRONATE SODIUM DR
Criterios de terapia escalonada	Se proporcionará cobertura si se ha probado un suministro de al menos [30 días] de alendronate, ibandronate o risedronate.
Grupo de terapia escalonada	BRINZOLAMIDE
Nombres de medicamentos	BRINZOLAMIDE
Criterios de terapia escalonada	Se proporcionará cobertura si se ha probado un suministro de al menos 30 días de dorzolamide 2% ophthalmic solution.
Grupo de terapia escalonada	EDARBI-EDARBYCLOR
Nombres de medicamentos	EDARBI, EDARBYCLOR
Criterios de terapia escalonada	Se proporcionará cobertura si se ha probado un suministro de al menos [30 días] de dos antagonistas de los receptores de la angiotensina II (ARA) genéricos del formulario o productos combinados con ARA.
Grupo de terapia escalonada	HMG-COA INHIBITORS
Nombres de medicamentos	EZALLOR SPRINKLE, FLUVASTATIN, FLUVASTATIN SODIUM ER, PITAVASTATIN CALCIUM, ZYPITAMAG
Criterios de terapia escalonada	Se proporcionará cobertura si se ha probado un suministro de al menos [30 días] de atorvastatin, ezetimibe/simvastatin, lovastatin, pravastatin, rosuvastatin, simvastatin o amlodipine/atorvastatin tablets.
Grupo de terapia escalonada	JARDIANCE: REVISIÓN PENDIENTE DE LOS CMS (CENTROS DE SERVICIOS DE MEDICARE Y MEDICAID)
Nombres de medicamentos	JARDIANCE
Criterios de terapia escalonada	-

Grupo de terapia escalonada	LAMOTRIGINE
Nombres de medicamentos	LAMOTRIGINE ER, LAMOTRIGINE ODT
Criterios de terapia escalonada	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.
Grupo de terapia escalonada	LEVALBUTEROL
Nombres de medicamentos	LEVALBUTEROL TARTRATE HFA
Criterios de terapia escalonada	Se proporcionará cobertura si se ha probado un suministro de al menos 30 días de albuterol HFA o Ventolin HFA.
Grupo de terapia escalonada	OLANZAPINE ODT
Nombres de medicamentos	OLANZAPINE ODT
Criterios de terapia escalonada	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
Nombres de medicamentos	ESOMEPRAZOLE MAGNESIUM, LANSOPRAZOLE
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
Nombres de medicamentos	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.
Grupo de terapia escalonada	URINARY ANTISPASMODICS
Nombres de medicamentos	DARIFENACIN HYDROBROMIDE
Criterios de terapia escalonada	Se proporcionará cobertura si se ha probado un suministro de al menos 30 días de uno de los siguientes genéricos: oxybutynin tablets, oxybutynin solution, oxybutynin extended-release tablets, solifenacin tablets, tolterodine immediate-release tablets, o trospium immediate-release tablets.

Aviso de disponibilidad (NOA) Todos los planes excepto CA H3038, MA H2224, MA H4371, OH H9955-008

Aviso de disponibilidad (NOA) Planes CA Molina Medicare Complete Care (HMO D-SNP) y Molina Medicare Complete Care Plus (HMO D-SNP)

Aviso de disponibilidad (NOA) Plan Molina Complete Care for MyCare Ohio (HMO D-SNP)