

Se deben utilizar medicamentos genéricos antes de que se cubran otros medicamentos más caros. Por ejemplo, ciertos nombres comerciales de medicamentos solo serán cubiertos si primero se ha probado con la alternativa genérica.

Crterios de terapia progresiva

<i>Grupo de terapia progresiva</i>	ODT DE ARIPIPAZOL
<i>Nombres de los medicamentos</i>	ODT DE ARIPIPAZOL
<i>Crterios de terapia progresiva</i>	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).
<i>Grupo de terapia progresiva</i>	SOL DE BARACLUDE
<i>Nombres de los medicamentos</i>	BARACLUDE
<i>Crterios de terapia progresiva</i>	Se proporcionará cobertura si se han probado los comprimidos genéricos de entecavir (al menos un suministro de 30 días en los 180 días anteriores).
<i>Grupo de terapia progresiva</i>	BIFOSFONATOS
<i>Nombres de los medicamentos</i>	ALENDRONATO SÓDICO, RISEDRONATO SÓDICO DR
<i>Crterios de terapia progresiva</i>	Se proporcionará cobertura si se ha probado alendronato, ibandronato o risedronato (al menos un suministro de 30 días en los 180 días anteriores).
<i>Grupo de terapia progresiva</i>	LAMOTRIGINA
<i>Nombres de los medicamentos</i>	LAMOTRIGINA DE ER
<i>Crterios de terapia progresiva</i>	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).
<i>Grupo de terapia progresiva</i>	LEVALBUTEROL
<i>Nombres de los medicamentos</i>	LEVALBUTEROL TARTRATE HFA
<i>Crterios de terapia progresiva</i>	Se proporcionará cobertura si se ha probado albuterol HFA o Ventolin HFA (al menos un suministro de 30 días) en los 180 días anteriores.
<i>Grupo de terapia progresiva</i>	ODT DE OLANZAPINA
<i>Nombres de los medicamentos</i>	ODT DE OLANZAPINA
<i>Crterios de terapia progresiva</i>	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.

El Plan Molina Dual Options Medicare-Medicaid es un plan de salud con contratos con Medicare y South Carolina Healthy Connections Medicaid para proporcionar los beneficios de ambos programas a las personas inscritas.

Puede solicitar este documento sin costo alguno en otros formatos, como en sistema braille, audio o en letra grande. Llame al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este. La llamada es gratuita.

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