

Criterios de terapia escalonada

Grupo de terapia escalonada	ARIPIPRAZOLE ODT
Nombre del medicamento	ARIPIPRAZOLE ODT
Criterios de terapia escalonada	Se proporcionará cobertura si se ha probado un suministro de al menos 30 días de generico aripiprazole immediate release tablet.
Grupo de terapia escalonada	BARACLUDE SOL
Nombre del medicamento	BARACLUDE
Criterios de terapia escalonada	Se proporcionará cobertura si se ha probado un suministro de al menos [30 días] de generico entecavir tablets.
Grupo de terapia escalonada	BISPHOSPHONATES
Nombre del medicamento	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
Nombre del medicamento	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
Nombre del medicamento	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 (ARB) genéricos del formulario o productos combinados con ARB.
Grupo de terapia escalonada	INHIBIDORES DE LA HMG-COA
Nombre del medicamento	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 tablets, ezetimibe/simvastatin, lovastatin, pravastatin, rosuvastatin tablets, simvastatin tablets o amlodipine/atorvastatin.
Grupo de terapia escalonada	LAMOTRIGINE
Nombre del medicamento	LAMOTRIGINE ER, LAMOTRIGINE ODT, SUBVENITE
Criterios de terapia escalonada	Se proporcionará cobertura si se ha probado un suministro de al menos 30 días de generico lamotrigine immediate release tablets o generico lamotrigine chewable, dispersible tablet.

Grupo de terapia escalonada	LEVALBUTEROL
Nombre del medicamento	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
Nombre del medicamento	OLANZAPINE ODT
Criterios de terapia escalonada	Se proporcionará cobertura si se ha probado un suministro de al menos 30 días de generico olanzapine immediate release tablet.
Grupo de terapia escalonada	PPI
Nombre del medicamento	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
Nombre del medicamento	RISPERIDONE ODT
Criterios de terapia escalonada	Se proporcionará cobertura si se ha probado un suministro de al menos 30 días de generico risperidone immediate release tablet.
Grupo de terapia escalonada	ANTISPASMÓDICOS URINARIOS
Nombre del medicamento	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) para todos los planes, excepto CA H3038, MA H2224, MA H4371, OH H9955-008

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

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