



Criterio de la Terapia Escalonada 2024 *(Lista sobre el Criterio de la Terapia Escalonada)*

POR FAVOR LEA DETALLADAMENTE: IEHP DUALCHOICE CAL MEDICCONNECT PLAN (MEDICARE-MEDICAID PLAN) REQUIERE QUE USTED PRIMERO UTILICE CIERTOS MEDICAMENTOS PARA TRATAR SU CONDICIÓN MÉDICA ANTES DE QUE CUBRAMOS OTRO MEDICAMENTO PARA ESA CONDICIÓN. ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN ACERCA DEL CRITERIO DE LA TERAPIA ESCALONADA (POR PASOS) QUE ES CUBIERTO POR ESTE PLAN.

Aviso para los Miembros existentes: Los beneficiarios deben recurrir a farmacias de la red para acceder al beneficio de medicamentos recetados. Los beneficios, la Lista de Medicamentos Cubiertos, las red de farmacias y de proveedores, así como los copagos podrían cambiar ocasionalmente a lo largo del año y el 1 de enero de cada año. IEHP DualChoice (HMO D-SNP) es un Plan HMO con un contrato con Medicare. La inscripción en IEHP DualChoice (HMO D-SNP) depende de la renovación del contrato.

Puede obtener este documento gratis en otros formatos, como letra grande, Braille y/o audio. Llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice al 1-877-273-IEHP (4347), 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. La llamada es gratuita.

You can get this document for free in other formats, such as large print, braille, and/or audio. Call IEHP DualChoice Member Services at 1-877-273-IEHP (4347), 8am-8pm (PST), 7 days a week, including holidays. TTY users should call 1-800-718-4347. The call is free.

您可以免費索取本文件的其他格式，例如大字版、盲文版和/或音訊版。請致電1-877-273-IEHP (4347) 與IEHP DualChoice會員服務處聯絡。服務時間為上午8點至晚上8點（太平洋標準時間），每週7天，包括節假日。TTY使用者應撥打1-800-718-4347。電話服務免費。

Quý vị có thể tải miễn phí tài liệu này ở các định dạng khác, chẳng hạn như bản in cỡ lớn, chữ nổi Braille và/hoặc tệp âm thanh. Hãy gọi Ban Dịch Vụ Hội Viên IEHP DualChoice theo số 1-877-273-IEHP (4347), 8 giờ sáng - 8 giờ tối (Múi giờ PST), 7 ngày trong tuần, kể cả các ngày lễ. Người dùng TTY vui lòng gọi số 1-800-718-4347. Miễn phí cước gọi.

MYRBETRIQ

Productos Afectados

Paso 2:

- MYRBETRIQ 25 MG
TABLET,EXTENDED RELEASE
- MYRBETRIQ 50 MG
TABLET,EXTENDED RELEASE

Detalles

Criterios	Debe intentar una de las alternativas de la lista de medicamentos: oxybutynin, oxybutynin ER, tolterodine, tolterodine ER.
------------------	---

SAVELLA

Productos Afectados

Paso 2:

- SAVELLA 100 MG TABLET
- SAVELLA 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50MG(42) TABLETS IN A DOSE PACK
- SAVELLA 12.5 MG TABLET
- SAVELLA 25 MG TABLET
- SAVELLA 50 MG TABLET

Detalles

Criterios	Debe intentar una de las alternativas de la lista de medicamentos: duloxetine, gabapentin.
------------------	--

ULORIC

Productos Afectados

Paso 2:

- *febuxostat 40 mg tablet*
- *febuxostat 80 mg tablet*

Detalles

Criteria	Debe intentar una de las alternativas de la lista de medicamentos: allopurinol.
-----------------	--

ÍNDICE

F

febuxostat 40 mg tablet..... 3

febuxostat 80 mg tablet..... 3

M

MYRBETRIQ 25 MG

TABLET,EXTENDED RELEASE 1

MYRBETRIQ 50 MG

TABLET,EXTENDED RELEASE 1

S

SAVELLA 100 MG TABLET..... 2

SAVELLA 12.5 MG (5)-25 MG(8)-
50MG(42) TABLETS IN A DOSE PACK

..... 2

SAVELLA 12.5 MG TABLET..... 2

SAVELLA 25 MG TABLET..... 2

SAVELLA 50 MG TABLET..... 2