



OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan

2023 Step Therapy Criteria

(Requirements for approval for certain drugs)

Please read: This document contains information about the drugs we cover in this plan.

Criterios para la terapia por etapas de 2023

(Requisitos para la aprobación de ciertos medicamentos)

Favor de leer: Este documento contiene información sobre los medicamentos cubiertos en este plan.

Các Tiêu Chuẩn Về Sự Trị Liệu Từng Bước Năm 2023

(Những yêu cầu để được chấp thuận cho các loại thuốc nhất định)

Vui lòng đọc: Tài liệu này gồm có các thông tin về các loại thuốc chúng tôi đài thọ trong chương trình này.

شرایط استفاده از درمان مرحله ای سال 2023

(شرایط تأیید داروهای خاص)

لطفاً مطالعه کنید: این نوشتار حاوی اطلاعات مهمی درباره داروهایی است که در این برنامه تحت پوشش داریم.

2023 단계별 치료 기준

(특정 의약품의 승인 조건)

읽어 주십시오: 본 문서는 본 플랜에서 보장하는 의약품 정보를 포함하고 있습니다.

معايير العلاج المرحلي لعام 2023

(متطلبات الموافقة على أدوية معينة)

يرجى القراءة: هذه الوثيقة تتضمن معلومات بخصوص الأدوية التي نقوم بتغطيتها في هذه الخطة.

2023 年分步驟治療標準

（特定藥物的批准要求）

請閱讀：本文件包含關於本計劃所承保藥物的資訊。

ALDOSTERONERA

MEDICATION(S) SUBJECT TO STEP THERAPY

EPLERENONE

CRITERIA

Must first try Spironolactone or Spironolactone + HCTZ before Eplerenone.

ANTIDEPRESSANT

MEDICATION(S) SUBJECT TO STEP THERAPY

VENLAFAXINE HCL ER 150 MG TAB, VENLAFAXINE HCL ER 225 MG TAB, VENLAFAXINE HCL ER 37.5 MG TAB, VENLAFAXINE HCL ER 75 MG TAB

CRITERIA

Must first try Citalopram, Escitalopram, Fluoxetine, Paroxetine, Sertraline, Venlafaxine tablets or Venlafaxine-XR capsules before Venlafaxine-XR tablets.

GLAUCOMA

MEDICATION(S) SUBJECT TO STEP THERAPY

BIMATOPROST 0.03% EYE DROPS, LUMIGAN, TRAVOPROST

CRITERIA

Must first try Latanoprost before bimatoprost, LUMIGAN, or travoprost.

ICS

MEDICATION(S) SUBJECT TO STEP THERAPY

ASMANEX TWISTHALER 110 MCG #30, ASMANEX TWISTHALER 220 MCG #30, ASMANEX TWISTHALER 220 MCG #60, ASMANEX TWISTHALER 220 MCG #120, ASMANEX HFA, PULMICORT FLEXHALER

CRITERIA

Must first try Fluticasone HFA, Flovent Diskus, Arnuity Ellipta or Qvar before Pulmicort Flexhaler, Asmanex HFA, or Asmanex Twisthaler.

INSULIN

MEDICATION(S) SUBJECT TO STEP THERAPY

INSULIN DEGLUDEC, INSULIN DEGLUDEC PEN (U-100), INSULIN DEGLUDEC PEN (U-200), LEVEMIR, LEVEMIR FLEXPEN, LEVEMIR FLEXTOUCH, TRESIBA, TRESIBA FLEXTOUCH U-100, TRESIBA FLEXTOUCH U-200

CRITERIA

Must first try BASAGLAR, INSULIN GLARGINE, INSULIN GLARGINE-YFGN, LANTUS or TOUJEO before INSULIN DEGLUDEC, LEVEMIR or TRESIBA.

MOUNJARO

MEDICATION(S) SUBJECT TO STEP THERAPY

MOUNJARO

CRITERIA

Must first try Metformin or a Metformin-containing product before MOUNJARO.

NASAL CORTICOSTEROID

MEDICATION(S) SUBJECT TO STEP THERAPY

FLUNISOLIDE

CRITERIA

Must first try fluticasone nasal spray before flunisolide nasal spray.

NOAC

MEDICATION(S) SUBJECT TO STEP THERAPY

DABIGATRAN ETEXILATE, PRADAXA 110 MG CAPSULE

CRITERIA

Must first try ELIQUIS or XARELTO before dabigatran or PRADAXA.

OPHTHALMICALLERGY

MEDICATION(S) SUBJECT TO STEP THERAPY

ALOMIDE

CRITERIA

Must first try Azelastine ophthalmic, Cromolyn ophthalmic, or olopatadine ophthalmic before ALOMIDE.

OVERACTIVE BLADDER

MEDICATION(S) SUBJECT TO STEP THERAPY

GELNIQUE, MYRBETRIQ ER 25 MG TABLET, MYRBETRIQ ER 50 MG TABLET, OXYBUTYNIN 5 MG/5 ML SOLUTION, OXYBUTYNIN 5 MG/5 ML SYRUP, OXYTROL

CRITERIA

Must first try Darifenacin ER, Oxybutynin tablet, Oxybutynin ER tablet, Fesoterodine ER, Solifenacin, Tolterodine, Tolterodine ER, Trospium, or Trospium ER before GELNIQUE, MYRBETRIQ, Oxybutynin oral solution, or OXYTROL.