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

2025 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 2025

(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 2025

(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 2025

(شرایط تأیید داروهای خاص)

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

2025 단계별 치료 기준

(특정 의약품의 승인 조건)

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

معايير العلاج المرحلي لعام 2025

(متطلبات الموافقة على أدوية معينة)

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

2025 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。

Критерии поэтапной терапии на 2025 г.

(Требования для получения одобрения на определенные лекарственные препараты.)

Пожалуйста, прочитайте! Этот документ содержит информацию о препаратах, покрываемых этим планом.

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.

INSULIN SUPPLIES

MEDICATION(S) SUBJECT TO STEP THERAPY

GAUZE PADS & DRESSINGS - PADS 2 X 2, INSULIN PEN NEEDLE, INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 0.3 ML, INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 1/2 ML, INSULIN SYRINGE (DISP) U-100 1ML, ISOPROPYL ALCOHOL 0.7ML/ML MEDICATED PAD, NEEDLES, INSULIN DISP., SAFETY

CRITERIA

Must first fill insulin before insulin pen needles, insulin safety needles, insulin syringes or gauze pads and dressings.

LANTUS

MEDICATION(S) SUBJECT TO STEP THERAPY

LANTUS, LANTUS SOLOSTAR

CRITERIA

Must first try generic insulin glargine or insulin glargine-yfgn before Lantus. An exception will be granted for patients when generic insulin glargine/insulin glargine-yfgn are not available

NASAL CORTICOSTEROID

MEDICATION(S) SUBJECT TO STEP THERAPY

FLUNISOLIDE

CRITERIA

Must first try fluticasone nasal spray before flunisolide nasal spray.