



Medicare Advantage Plans

Prior Authorization Criteria

2025

This prior authorization document was updated on 9/16/2024. To determine if your drug has a prior authorization requirement, use the GlobalHealth's online search covered drug tool specific to your plan at www.GlobalHealth.com. For information on how to request an exception (also called a coverage determination) to the prior authorization criteria for any of these drugs, please contact Customer Care at 1-866-494-3927 (TTY users should call 711), 24 hours a day, seven days a week, or visit www.GlobalHealth.com.

Este documento de autorización previa fue actualizado el 9/16/2024. Para determinar si su medicamento tiene un requisito de autorización previa, utilice la herramienta de búsqueda de medicamentos cubiertos en línea de GlobalHealth específica para su plan en www.GlobalHealth.com. Para obtener información sobre cómo solicitar una excepción (también llamada determinación de cobertura) a los criterios de terapia escalonada para cualquiera de estos medicamentos, comuníquese con Atención al Cliente al 1-866-494-3927 (los usuarios de TTY deben llamar al 711), las 24 horas del día, los siete días de la semana, o visite www.GlobalHealth.com.

2025 Prior Authorization criteria are under CMS review.
Please check back later.