Criterios de terapia progresiva

Grupo de terapia progresiva	PPI
Nombres de medicamentos	ESOMEPRAZOL MAGNÉSICO
Criterios de terapia progresiva	Se brindará cobertura si se han probado dos de las siguientes alternativas genéricas: cápsulas de omeprazol, comprimidos de pantoprazol o cápsulas de lansoprazol (suministro de, al menos, 30 días en los 180 días anteriores).

Grupo de terapia progresiva	ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS
Nombres de medicamentos	TARTRATO DE TOLTERODINA, TARTRATO DE TOLTERODINA ER
Criterios de terapia progresiva	Se proporcionará cobertura si se ha probado la fesoterodina, el mirabegrón, la oxibutinina, la oxibutinina de liberación prolongada, los comprimidos de solifenacina o el trospio de liberación inmediata (suministro de, al menos, 30 días en los 180 días anteriores).

Puede solicitar este documento sin costo alguno en otros idiomas que no sean inglés o en otros formatos, tales como braille, audio o letra grande. Llame al (800) 665-3086. Esta llamada es gratuita.

Molina Healthcare cumple con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad, religión, género, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, recepción de atención médica, experiencia de reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al (800) 665-3086 (TTY: 711).