

Criterios de terapia progresiva

<i>Grupo de terapia progresiva</i>	PPI
<i>Nombres de medicamentos</i>	ESOMEPRAZOL MAGNÉSICO
<i>Criterios de terapia progresiva</i>	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).
<i>Grupo de terapia progresiva</i>	ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS
<i>Nombres de medicamentos</i>	TARTRATO DE TOLTERODINA, TARTRATO DE TOLTERODINA ER
<i>Criterios de terapia progresiva</i>	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).