

Criterios de terapia progresiva

<i>Grupo de terapia progresiva</i>	ESOMEPRAZOL
<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, la solifenacina o el trospio de liberación inmediata (suministro de, al menos, 30 días en los 180 días anteriores).

Esta información está disponible en otros formatos, como braille, audio y letra grande.

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, historial de reclamaciones, historia clínica, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica.