

Criterios de terapia progresiva

<i>Grupo de terapia progresiva</i>	LEVALBUTEROL
<i>Nombres de medicamentos</i>	LEVALBUTEROL TARTRATE HFA
<i>Criterios de terapia progresiva</i>	Se proporcionará cobertura si se probó albuterol HFA o Ventolin HFA (suministro de, al menos, 30 días) en los 180 días anteriores.
<i>Grupo de terapia progresiva</i>	PPI
<i>Nombres de medicamentos</i>	ESOMEPRAZOLE MAGNESIUM
<i>Criterios de terapia progresiva</i>	Se brindará cobertura si se han probado dos de las siguientes alternativas genéricas: cápsulas de omeprazole, comprimidos de pantoprazole o cápsulas de lansoprazole (suministro de, al menos, 30 días en los 180 días anteriores).
<i>Grupo de terapia progresiva</i>	ANTIESPASMÓDICOS URINARIOS
<i>Nombres de medicamentos</i>	TOLTERODINE TARTRATE ER
<i>Criterios de terapia progresiva</i>	Se proporcionará cobertura si se probó fesoterodine, mirabegron, oxybutynin, oxybutynin de liberación prolongada, comprimidos de solifenacin, comprimidos de tolterodine, trospium de liberación inmediata o vibegron (suministro de, al menos, 30 días en los 180 días anteriores).

Puede solicitar este documento de forma gratuita en otros idiomas que no sean inglés o en otros formatos, tales como letra de molde grande, sistema Braille o audio. Llame al (800) 665-3086 TTY: 711. 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 reclamos, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica.

<https://www.molinahealthcare.com/members/common/en-US/multi-language-taglines.aspx>