Criterios de terapia progresiva

Grupo de terapia progresiva	ESOMEPRAZOLE
Nombres del medicamento	ESOMEPRAZOLE MAGNESIUM
Criterios de terapia progresiva	Se ofrecerá cobertura si se probaron dos de las siguientes alternativas genéricas: cápsulas de omeprazol, comprimidos de pantoprazol o cápsulas de lansoprazol (al menos un suministro de 30 días en los 180 días anteriores).

Grupo de terapia progresiva	URINARY ANTISPASMODICS
Nombres del medicamento	TOLTERODINE TARTRATE, TOLTERODINE TARTRATE ER
Criterios de terapia progresiva	Se ofrecerá cobertura si se probó oxibutinina, oxibutinina de liberación prolongada, fesoterodina, trospio de liberación inmediata o mirabegrón (al menos un suministro de 30 días en los 180 días anteriores).

Molina Dual Options Medicare-Medicaid Plan es un plan de salud con contratos con Medicare y Medicaid de Illinois para proporcionar los beneficios de ambos programas a las personas inscritas.

Puede solicitar esta información sin costo alguno en otros formatos, como en letras grandes, sistema braille o audio. Llame al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita.