

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).

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

Puede solicitar este documento sin costo alguno en otros formatos, como braille, audio o letra grande. Llame al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. 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, historial de reclamaciones, historia clínica, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica.