

## ***Criterios de terapia progresiva***

|   |  |
|---|--|
| <b><i>Grupo de terapia progresiva</i></b>     | ESOMEPRAZOLE   |
| <b><i>Nombres del medicamento</i></b>         | ESOMEPRAZOLE MAGNESIUM   |
| <b><i>Criterios de terapia progresiva</i></b> | 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). |
| <b><i>Grupo de terapia progresiva</i></b>     | URINARY ANTISPASMODICS   |
| <b><i>Nombres del medicamento</i></b>         | TOLTERODINE TARTRATE, TOLTERODINE TARTRATE ER  |
| <b><i>Criterios de terapia progresiva</i></b> | 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).                |

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