

Criterios de terapia progresiva

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

Molina Dual Options MyCare Ohio, plan Medicare-Medicaid es un plan médico que tiene contratos con Medicare y Ohio Medicaid para brindar beneficios de ambos programas a sus miembros.

Puede obtener gratuitamente este documento en otros formatos, tales como letra grande, braille o audio. Llame al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. La llamada es gratuita.