

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).

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

Puede solicitar este documento sin costo alguno en otros formatos, como braille, audio o letra grande. Llame al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita.