

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 STAR+PLUS MMP es un plan de salud que tiene un contrato con Medicare y Medicaid de Texas para proporcionar los beneficios de ambos programas a los afiliados.

Puede solicitar este documento de forma gratuita en otros formatos, como en letra grande, braille o audio. Llame al (866) 856-8699, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora local. La llamada es gratuita.