Cambios a la Lista de Medicamentos de Molina Healthcare

Molina Healthcare puede eliminar inmediatamente un medicamento de marca registrada de nuestra Lista de Medicamentos si ocurre lo siguiente:

- Un nuevo medicamento genérico se vuelve disponible. Podemos eliminar el medicamento de marca registrada si lo reemplazamos por un nuevo medicamento genérico que estará en la misma categoría con las mismas o menos restricciones.
    - Cuando incorporamos el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca registrada en nuestra Lista de Medicamentos, pero pasarlo inmediatamente a una categoría más alta o agregar nuevas restricciones.
- Es posible que no le avisemos antes de realizar ese cambio, pero le enviaremos un aviso sobre los cambios que hemos realizado.

Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de nuestra Lista de Medicamentos y enviar un aviso a los miembros que toman ese medicamento en los siguientes casos:

- Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) determina que un medicamento que está tomando no es seguro.
- O si el fabricante del medicamento retira el medicamento del mercado.

Antes de realizar otros cambios en nuestra Lista de Medicamentos que puedan afectar a los miembros que actualmente toman un medicamento, les avisaremos al menos 30 días antes de que se realicen los cambios, o en el momento en que el miembro solicite un resurtido del medicamento. El miembro recibirá un suministro del medicamento para 30 días.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura o los límites de los medicamentos, usted o su médico pueden solicitarnos que hagamos una excepción. El aviso que le enviamos le explicará los pasos para solicitar una excepción. Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura y cómo solicitar una excepción, consulte su Evidencia de Cobertura. Llame a Servicios para Miembros al (800) 665-3086 (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, del 1 de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, si tiene dudas.

En la siguiente tabla se describen los cambios en nuestra Lista de Medicamentos que pueden afectarle.

Nombre del medicamento afectado	Descripción del cambio	Motivo del cambio	Medicamentos(s) Alternativo(s) *	Categorías de costos compartidos de medicamentos alternativos	Fecha de entrada en vigencia
ABELCET INJ 5 MG/ML	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	AMPHOTERICIN B LIPOSOME IV FOR SUSP 50 MG	Categoría 5	01/01/2026
BACITRACIN OIN OP	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	ERYTHROMYCIN OIN 0.5 % OP	Categoría 2	06/01/2026
DENGVAXIA SUS	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	Consulte a su proveedor de atención médica		09/01/2026
DIFICID TAB 200 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	FIDAXOMICIN TAB 200 MG	Categoría 5	02/01/2026
ENTRESTO TAB	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	SACUBITRIL-VALSARTAN TAB	Categoría 3	01/01/2026
EPITOL TAB 200 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	CARBAMAZEPINE TAB 200 MG	Categoría 3	01/01/2026
EPRONTIA SOL 25 MG/ML	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	TOPIRAMATE SOL 25 MG/ML	Categoría 4	01/01/2026
EZALLOR SPR CAP	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	ROSUVASTATIN TAB	Categoría 6	08/01/2026
HALOETTE VA RING	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	ETONOGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL VA RING 0.12-0.015 MG/24 HR; ENILLORING VA RING; ELURYNG VA RING	Categoría 3	04/01/2026
IMPAVIDO CAP 50 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	Consulte a su proveedor de atención médica		09/01/2026

Nombre del medicamento afectado	Descripción del cambio	Motivo del cambio	Medicamentos(s) Alternativo(s) *	Categorías de costos compartidos de medicamentos alternativos	Fecha de entrada en vigencia
IXCHIQ INJ	Eliminación del medicamento del formulario	Retirada del mercado	VIMKUNYA INJ 40MCG/0.8ML	Categoría 1	01/01/2026
JYNARQUE TAB	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	TOLVAPTAN TAB	Categoría 5	01/01/2026
KELNOR 1/50 TAB 1 MG-50 MCG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	VALTYA 1/50 TAB 1 MG-50 MCG	Categoría 2	01/01/2026
KISQALI 400 PAK FEMARA	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	LETROZOLE TAB 2.5 MG; KISQALI TAB	Categoría 2 / Categoría 5	08/01/2026
KISQALI 600 PAK FEMARA	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	LETROZOLE TAB 2.5 MG; KISQALI TAB	Categoría 2 / Categoría 5	08/01/2026
LEVO-T TAB 100 MCG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB; LEVOXYL TAB; UNITHROID TAB	Categoría 1	09/01/2026
LEVO-T TAB 112 MCG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB; LEVOXYL TAB; UNITHROID TAB	Categoría 1	09/01/2026
LEVO-T TAB 125 MCG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB; LEVOXYL TAB; UNITHROID TAB	Categoría 1	09/01/2026
LEVO-T TAB 137 MCG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB; LEVOXYL TAB; UNITHROID TAB	Categoría 1	09/01/2026
LEVO-T TAB 150 MCG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB; LEVOXYL TAB; UNITHROID TAB	Categoría 1	09/01/2026

Nombre del medicamento afectado	Descripción del cambio	Motivo del cambio	Medicamentos(s) Alternativo(s) *	Categorías de costos compartidos de medicamentos alternativos	Fecha de entrada en vigencia
LEVO-T TAB 175 MCG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB; LEVOXYL TAB; UNITHROID TAB	Categoría 1	09/01/2026
LEVO-T TAB 200 MCG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB; LEVOXYL TAB; UNITHROID TAB	Categoría 1	09/01/2026
LEVO-T TAB 25 MCG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB; LEVOXYL TAB; UNITHROID TAB	Categoría 1	09/01/2026
LEVO-T TAB 300 MCG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB; LEVOXYL TAB; UNITHROID TAB	Categoría 1	09/01/2026
LEVO-T TAB 50 MCG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB; LEVOXYL TAB; UNITHROID TAB	Categoría 1	09/01/2026
LEVO-T TAB 75 MCG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB; LEVOXYL TAB; UNITHROID TAB	Categoría 1	09/01/2026
LEVO-T TAB 88 MCG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB; LEVOXYL TAB; UNITHROID TAB	Categoría 1	09/01/2026
NALOXONE SPR 4 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	KLOXXADO SPR 8 MG	Categoría 3	07/01/2026
NEO-POLYCIN HC OPHTH OINT 1 %	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	BACITRACIN-POLYMYXIN-NEOMYCIN-HYDROCORTISONE OPHTH OINT 1 %	Categoría 3	03/01/2026
NEO-POLYCIN OPHTH OINT 5-400-10000	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	NEOMYCIN-BACITRACIN ZINC-POLYMYXIN OPHTH OINT 5-400-10000	Categoría 3	03/01/2026

Nombre del medicamento afectado	Descripción del cambio	Motivo del cambio	Medicamentos(s) Alternativo(s) *	Categorías de costos compartidos de medicamentos alternativos	Fecha de entrada en vigencia
NISOLDIPINE TAB 20 MG ER	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	AMLODIPINE TAB; FELODIPINE TAB ER; NIFEDIPINE TAB ER	Categoría 1 / Categoría 2 / Categoría 3	04/01/2026
NISOLDIPINE TAB 25.5 MG ER	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	AMLODIPINE TAB; FELODIPINE TAB ER; NIFEDIPINE TAB ER	Categoría 1 / Categoría 2 / Categoría 3	04/01/2026
NISOLDIPINE TAB 30 MG ER	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	AMLODIPINE TAB; FELODIPINE TAB ER; NIFEDIPINE TAB ER	Categoría 1 / Categoría 2 / Categoría 3	04/01/2026
NISOLDIPINE TAB 40 MG ER	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	AMLODIPINE TAB; FELODIPINE TAB ER; NIFEDIPINE TAB ER	Categoría 1 / Categoría 2 / Categoría 3	04/01/2026
OCELLA TAB 3-0.03 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL TAB 3-0.03 MG; SYEDA TAB 3-0.03 MG; ZUMANDIMINE TAB 3-0.03 MG	Categoría 2	02/01/2026
OGSIVEO TAB 50 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	OGSIVEO TAB 100 MG, 150 MG	Categoría 5	02/01/2026
POLYCIN OPHTH OINT	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	BACITRACIN-POLYMYXIN B OPHTH OINT	Categoría 2	03/01/2026
REGRANEX GEL 0.01 %	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	Consulte a su proveedor de atención médica		01/01/2026
SULFACETAMIDE SODIUM OPHTH OINT 10 %	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	SULFACETAMIDE SODIUM OPHTH SOLN 10 %	Categoría 3	03/01/2026

Nombre del medicamento afectado	Descripción del cambio	Motivo del cambio	Medicamentos(s) Alternativo(s) *	Categorías de costos compartidos de medicamentos alternativos	Fecha de entrada en vigencia
SUMATRIPTAN SUCCINATE SOLUTION AUTO-INJECTOR 4 MG/0.5 ML	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	SUMATRIPTAN SUCCINATE SOLUTION AUTO-INJECTOR 6 MG/0.5 ML; SUMATRIPTAN SUCCINATE INJ 6 MG/0.5 ML	Categoría 4	02/01/2026
SUMATRIPTAN SUCCINATE SOLUTION CARTRIDGE 4 MG/0.5 ML	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	SUMATRIPTAN SUCCINATE SOLUTION AUTO-INJECTOR 6 MG/0.5 ML; SUMATRIPTAN SUCCINATE INJ 6 MG/0.5 ML	Categoría 4	02/01/2026
SUMATRIPTAN SUCCINATE SOLUTION CARTRIDGE 6 MG/0.5 ML	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	SUMATRIPTAN SUCCINATE SOLUTION AUTO-INJECTOR 6 MG/0.5 ML; SUMATRIPTAN SUCCINATE INJ 6 MG/0.5 ML	Categoría 4	02/01/2026
TAZICEF INJ 1 GM	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	CEFTAZIDIME INJ 1 GM	Categoría 4	08/01/2026
TAZVERIK TAB 200 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Retirada del mercado	Consulte a su proveedor de atención médica		06/01/2026
TOBRAMYCIN SULFATE INJ 2 GM/50 ML	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	TOBRAMYCIN SULFATE INJ 80 MG/2 ML	Categoría 3	02/01/2026
VIGPODER POW 500 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	VIGABATRIN PAK 500 MG; VIGADRONE POW 500 MG	Categoría 5	02/01/2026
XARELTO SUSP 1 MG/ML	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	RIVAROXABAN SUSP 1 MG/ML	Categoría 3	01/01/2026

*Los medicamentos alternativos son medicamentos en la misma categoría/clase terapéutica que el medicamento afectado. Solo su doctor puede decidir si una de las alternativas que se mencionan aquí es adecuada para usted. Consulte a su doctor a fin de verificar si es el medicamento adecuado para usted.

Molina Healthcare es un plan C-SNP, D-SNP y HMO con un contrato de Medicare. Los planes D-SNP tienen un contrato con el programa estatal de Medicaid. La inscripción depende de la renovación del contrato.

Aviso de disponibilidad (NOA) Todos los planes, excepto los siguientes: CA H3038, MA H2224, MA H4371, OH H9955-008

Aviso de disponibilidad (NOA) Los planes CA H3038

Aviso de disponibilidad (NOA) El plan OH H9955-008