

Próximos cambios en el Formulario de Molina Medicare Complete Care HMO SNP

Molina Medicare Complete Care puede eliminar de inmediato un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos por un nuevo medicamento genérico que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel inferior y con las mismas restricciones o menos restricciones. O, al agregar el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente pasarlo a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones. Es posible que no le avisemos antes de realizar ese cambio, pero luego le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hemos realizado. Además, si la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) considera que un medicamento de nuestro formulario no es seguro o si el fabricante del medicamento retira el medicamento del mercado, podemos eliminarlo inmediatamente de nuestro formulario y notificar a los miembros que lo toman.

Antes de realizar otros cambios durante el año en nuestra Lista de medicamentos que afecten a los miembros que actualmente toman un medicamento y que requieran que le enviemos un aviso por adelantado, notificaremos a los miembros afectados sobre el cambio al menos 30 días antes de que el cambio entre en vigencia o cuando el miembro solicita un reabastecimiento del medicamento, momento en el cual el miembro recibirá un suministro para un mes del medicamento.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura o restricción de medicamentos, usted o su médico que emite sus recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de la manera que le gustaría. El aviso que le proporcionamos también incluirá información sobre 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* o llame a Servicios para Miembros al (800) 665-3086 (TTY: 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local.

La siguiente tabla describe los próximos cambios en nuestro formulario que pueden afectarlo.

Nombre del medicamento afectado	Descripción del cambio	Motivo del cambio	Medicamento alternativo	Copago del medicamento alternativo*	Fecha de vigencia
ADRUCIL INJ 2.5/50ML	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	FLUOROURACIL INJ 2.5/50ML	Nivel 3	7/1/2020
ADRUCIL INJ 5/100ML	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	FLUOROURACIL INJ 5GM/100M	Nivel 3	11/1/2020

Nombre del medicamento afectado	Descripción del cambio	Motivo del cambio	Medicamento alternativo	Copago del medicamento alternativo*	Fecha de vigencia
ADRUCIL INJ 500/10ML	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	FLUOROURACIL INJ 500/10ML	Nivel 3	7/1/2020
AFINITOR TAB 2.5MG	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	EVEROLIMUS TAB 2.5MG	Nivel 5	5/1/2020
AFINITOR TAB 5MG	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	EVEROLIMUS TAB 5MG	Nivel 5	5/1/2020
AFINITOR TAB 7.5MG	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	EVEROLIMUS TAB 7.5MG	Nivel 5	5/1/2020
AMINOSYN-PF INJ 10%	Eliminación del medicamento del formulario	Medicare ya no cubrirá	AMINOSYN II INJ 10%	Nivel 4	8/1/2020
CIPROFLOXACIN SUSP 500MG/5	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	CIPROFLOXACIN TAB 500MG	Nivel 1	3/1/2020
COLOCORT ENEMA 100MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	HYDROCORTISONE ENEMA 100 MG/60ML	Nivel 4	11/1/2020
COUMADIN TAB 10MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	WARFARIN TAB	Nivel 1	11/1/2020
COUMADIN TAB 1MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	WARFARIN TAB	Nivel 1	12/1/2020
COUMADIN TAB 2.5MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	WARFARIN TAB	Nivel 1	11/1/2020
COUMADIN TAB 2MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	WARFARIN TAB	Nivel 1	11/1/2020

Nombre del medicamento afectado	Descripción del cambio	Motivo del cambio	Medicamento alternativo	Copago del medicamento alternativo*	Fecha de vigencia
COUMADIN TAB 3MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	WARFARIN TAB	Nivel 1	11/1/2020
COUMADIN TAB 4MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	WARFARIN TAB	Nivel 1	11/1/2020
COUMADIN TAB 5MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	WARFARIN TAB	Nivel 1	11/1/2020
COUMADIN TAB 6MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	WARFARIN TAB	Nivel 1	11/1/2020
COUMADIN TAB 7.5MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	WARFARIN TAB	Nivel 1	11/1/2020
D5W/NACL INJ 0.225%	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	D5W/NACL INJ 0.2%	Nivel 2	10/1/2020
D5W/NACL INJ 0.33%	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	D5W/NACL INJ 0.225%	Nivel 2	2/1/2020
DAPTOMYCIN SOLN 350MG (marca)	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	DAPTOMYCIN SOLN 350MG	Nivel 5	1/1/2020
DELYLA TAB 0.1-0.02	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	AVIANE TAB	Nivel 2	2/1/2020
DEPEN TITRA TAB 250MG	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	PENICILLAMIN TAB 250MG	Nivel 5	5/1/2020
DESOGESTREL & ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.15 MG-30 MCG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	APRI TAB	Nivel 2	10/1/2020

Nombre del medicamento afectado	Descripción del cambio	Motivo del cambio	Medicamento alternativo	Copago del medicamento alternativo*	Fecha de vigencia
E.E.S. 400 TAB 400MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	ERYTHROMYCIN ETHYLSUCCINATE TAB 400 MG	Nivel 4	9/1/2020
EPROSARTAN MES TAB 600MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	LOSARTAN POT TAB	Nivel 1	6/1/2020
FARYDAK CAP 15MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	FARYDAK CAP 20MG	Nivel 5	5/1/2020
FASLODEX INJ 250/5ML	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	FULVESTRANT INJ 250 MG/5ML	Nivel 5	1/1/2020
FIRAZYR INJ 30MG/3ML	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	ICATIBANT INJ 30 MG/3ML	Nivel 5	1/1/2020
FLURBIPROFEN TAB 50MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	FLURBIPROFEN TAB 100MG	Nivel 2	5/1/2020
HUMIRA PEDIATRIC INJ CROHNS	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	HUMIRA KIT 40MG/0.8 ML	Nivel 5	4/1/2020
IONOSOL-MB INJ D5W	Eliminación del medicamento del formulario	Medicare ya no cubrirá	NORMOSOL -M INJ /D5W	Nivel 4	5/1/2020
ISOSORBIDE DINITRATE TAB ER 40 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	ISOSORBIDE DINITRATE TAB	Nivel 3	3/1/2020
JADENU TAB 360MG	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	DEFERASIROX TAB 360MG	Nivel 5	5/1/2020
JADENU TAB 90MG	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	DEFERASIROX TAB 90MG	Nivel 5	5/1/2020

Nombre del medicamento afectado	Descripción del cambio	Motivo del cambio	Medicamento alternativo	Copago del medicamento alternativo*	Fecha de vigencia
JUXTAPID CAP 40MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	JUXTAPID CAP 20MG	Nivel 5	12/1/2020
JUXTAPID CAP 60MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	JUXTAPID CAP 20MG	Nivel 5	12/1/2020
KCL/D5W/NACL INJ .15/.33%	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	KCL/D5W/NACL INJ .15-.45%	Nivel 3	2/1/2020
LORCET HD TAB 10-325MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN TAB 10-325 MG	Nivel 3	11/1/2020
LORCET PLUS TAB 7.5-325	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN TAB 7.5-325 MG	Nivel 3	11/1/2020
LORCET TAB 5-325MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN TAB 5-325 MG	Nivel 3	11/1/2020
LYRICA CAP	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	PREGABALIN CAP	Nivel 3	1/1/2020
LYRICA SOL 20MG/ML	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	PREGABALIN SOLN 20 MG/ML	Nivel 4	1/1/2020
MORGIDOX CAP 1X50MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	DOXYCYCLINE HYCLATE CAP 50 MG	Nivel 3	2/1/2020
MOXEZA SOLN 0.5%	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	MOXIFLOXACIN HCL OPHTH SOLN 0.5%	Nivel 3	3/1/2020
NEBUPENT INH 300MG	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	PENTAMIDINE INH 300MG	Nivel 4	5/1/2020

Nombre del medicamento afectado	Descripción del cambio	Motivo del cambio	Medicamento alternativo	Copago del medicamento alternativo*	Fecha de vigencia
NORETH/ETHIN TAB FE 1/20	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	JUNEL FE 24 TAB 1/20	Nivel 3	4/1/2020
NORLYROC TAB 0.35MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	CAMILA TAB 0.35MG	Nivel 2	2/1/2020
NORMOSOL -R INJ /D5W	Eliminación del medicamento del formulario	Medicare ya no cubrirá	ISOLYTE-S INJ	Nivel 4	10/1/2020
NORMOSOL-R INJ PH 7.4	Eliminación del medicamento del formulario	Medicare ya no cubrirá	ISOLYTE-S INJ	Nivel 4	11/1/2020
NOXAFIL TAB 100MG	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	POSACONAZOLE TAB 100MG DR	Nivel 5	5/1/2020
NUVARING	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	ELURYNG MIS	Nivel 4	5/1/2020
ONE VITE TAB 1MG PLUS	Eliminación del medicamento del formulario	Medicare ya no cubrirá	PRENATAL TAB 27-1MG	Nivel 3	11/1/2020
PENTAM 300 INJ 300MG	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	PENTAMIDINE ISETHIONATE FOR SOLN 300 MG	Nivel 4	5/1/2020
POTASSIUM CHLORIDE/D5W INJ 40MEQ/L	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	POTASSIUM CHLORIDE/D5W INJ 20MEQ/L	Nivel 2	9/1/2020
RANITIDINE INJ	Eliminación del medicamento del formulario	Retiro del mercado	FAMOTIDINE INJ	Nivel 2	6/1/2020
RANITIDINE SYP 75MG/5ML	Eliminación del medicamento del formulario	Retiro del mercado	FAMOTIDINE SUS 40MG/5ML	Nivel 4	6/1/2020

Nombre del medicamento afectado	Descripción del cambio	Motivo del cambio	Medicamento alternativo	Copago del medicamento alternativo*	Fecha de vigencia
RANITIDINE TAB	Eliminación del medicamento del formulario	Retiro del mercado	FAMOTIDINE TAB	Nivel 1	6/1/2020
REBETOL SOLN 40MG/ML	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	RIBAVIRIN TAB 200MG	Nivel 4	2/1/2020
RESCRIPTOR TAB 200MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	EFAVIRENZ TAB 600MG	Nivel 5	6/1/2020
RIBASPHERE CAP 200MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	RIBAVIRIN CAP 200MG	Nivel 3	2/1/2020
RIBASPHERE TAB 200MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	RIBAVIRIN TAB 200MG	Nivel 4	2/1/2020
RIBASPHERE TAB 600MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	RIBAVIRIN CAP 200MG	Nivel 3	2/1/2020
RIFATER TAB	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	ISONIAZID TAB	Nivel 1	9/1/2020
SILENOR TAB	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	DOXEPIN TAB	Nivel 3	5/1/2020
SYLATRON KIT 600MCG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	SYLATRON KIT 300MCG	Nivel 5	4/1/2020
THEOPHYLLINE TAB 100MG CR	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	THEOPHYLLINE TAB 400MG ER	Nivel 3	1/1/2020
THEOPHYLLINE TAB 200MG CR	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	THEOPHYLLINE TAB 400MG ER	Nivel 3	1/1/2020

Nombre del medicamento afectado	Descripción del cambio	Motivo del cambio	Medicamento alternativo	Copago del medicamento alternativo*	Fecha de vigencia
TRAVATAN Z DROPS 0.004%	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	TRAVOPROST DROPS 0.004%	Nivel 4	5/1/2020
VIDEX EC CAP 125MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	DIDANOSINE CAP 250MG	Nivel 4	7/1/2020
VIDEX SOL 2GM	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	DIDANOSINE CAP 200MG	Nivel 4	7/1/2020
ZYKADIA CAP 150MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	ZYKADIA TAB 150MG	Nivel 5	2/1/2020

*Los medicamentos alternativos son medicamentos en la misma categoría/clase terapéutica o nivel de costo compartido que el medicamento afectado. Solo su médico puede determinar si una de las alternativas enumeradas aquí es apropiada para usted dada la naturaleza individualizada de la terapia con medicamentos. Consulte a su médico para confirmar si este es un medicamento apropiado para usted.

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