

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 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 FDA (Administración de Alimentos y Medicamentos) 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 para 30 días del medicamento.

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 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 alternativos *	Categorías de costos compartidos de medicamentos alternativos	Fecha de entrada en vigencia
ABELCET INJ 5 MG/ML	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	AMPHOTERICIN B LIPOSOME IV FOR SUSP 50 MG	Categoría 5	01/01/2026
BACITRACIN OIN OP	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	ERYTHROMYCIN OIN 0.5 % OP	Categoría 2	06/01/2026
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	Discontinuación 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
HALOETTE VA RING	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación 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
IXCHIQ INJ	Eliminación del medicamento del formulario	Retirada del mercado	VIMKUNYA INJ 40 MCG/0.8 ML	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	Discontinuación por el fabricante	VALTYA 1/50 TAB 1 MG- 50 MCG	Categoría 2	01/01/2026

Nombre del medicamento afectado	Descripción del cambio	Motivo del cambio	Medicamentos alternativos *	Categorías de costos compartidos de medicamentos alternativos	Fecha de entrada en vigencia
NEO-POLYCIN HC OPTH OINT 1 %	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	BACITRACIN-POLYMYXIN-NEOMYCIN-HYDROCORTISONE OPTH OINT 1 %	Categoría 3	03/01/2026
NEO-POLYCIN OPTH OINT 5-400-10000	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	NEOMYCIN-BACITRACIN ZINC-POLYMYXIN OPTH OINT 5-400-10000	Categoría 3	03/01/2026
NISOLDIPINE TAB 20 MG ER	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación 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	Discontinuación 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	Discontinuación 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	Discontinuación 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	Discontinuación 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	Discontinuación por el fabricante	OGSIVEO TAB 100 MG, 150 MG	Categoría 5	02/01/2026
POLYCIN OPTH OINT	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	BACITRACIN-POLYMYXIN B OPTH OINT	Categoría 2	03/01/2026

Nombre del medicamento afectado	Descripción del cambio	Motivo del cambio	Medicamentos alternativos *	Categorías de costos compartidos de medicamentos alternativos	Fecha de entrada en vigencia
REGANEX GEL 0.01 %	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	Consulte a su proveedor de atención médica		01/01/2026
SULFACETAMIDE SODIUM OPTH OINT 10 %	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	SULFACETAMIDE SODIUM OPHTH SOLN 10 %	Categoría 3	03/01/2026
SUMATRIPTAN SUCCINATE SOLUTION AUTO- INJECTOR 4 MG/0.5 ML	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación 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	Discontinuación 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	Discontinuación 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
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	Discontinuación por el fabricante	TOBRAMYCIN SULFATE INJ 80 MG/2 ML	Categoría 3	02/01/2026
VIGPODER POW 500 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	VIGABATRIN PAK 500 MG; VIGADRONE POW 500 MG	Categoría 5	02/01/2026

Nombre del medicamento afectado	Descripción del cambio	Motivo del cambio	Medicamentos alternativos *	Categorías de costos compartidos de medicamentos alternativos	Fecha de entrada en vigencia
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 médico puede decidir si una de las alternativas que se mencionan aquí es adecuada para usted. Consulte a su médico 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.

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

NOA (Aviso de disponibilidad) [Los planes CA H3038](#)

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