

Cambios en la Lista de Medicamentos de Molina Dual Options Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)

Molina Dual Options puede eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si ocurre lo siguiente:

- Un nuevo medicamento genérico está disponible. Podemos eliminar el medicamento de marca si lo reemplazamos por un nuevo medicamento genérico que estará en el mismo nivel 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 luego le enviaremos una notificación 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 (Food and Drug Administration, 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, notificaremos a los miembros al menos 30 días antes de realizar el cambio o cuando el miembro solicite un reabastecimiento del medicamento. El miembro recibirá un suministro para 60 días del medicamento.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura o las restricciones 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 Manual del Miembro. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al 1-855-665-4627, (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, si tiene dudas.

En la siguiente tabla, se describen los cambios en nuestra Lista de Medicamentos que pueden afectarlo(a).

Nombre del medicamento afectado	Descripción del cambio	Motivo del cambio	Medicamento alternativo*	Categoría del medicamento alternativo	Fecha de vigencia
AMINOSYN-PF INJ 7%	Eliminación del medicamentos del formulario	Medicare ya no cubrirá	TROPHAMINE INJ 10%	Nivel 2	05/01/2022
BEKYREE TAB	Eliminación del medicamentos del formulario	Discontinuación por el fabricante	KARIVA TAB 28 DAY	Nivel 1	02/01/2022
BYSTOLIC TAB	Eliminación del medicamentos del formulario	Medicamento genérico disponible	NEBIVOLOL TAB	Nivel 1	05/01/2022
CHANTIX PAK 1MG	Eliminación del medicamentos del formulario	Medicamento genérico disponible	VARENICLINE TAB 1MG	Nivel 1	05/01/2022
CHANTIX TAB	Eliminación del medicamentos del formulario	Medicamento genérico disponible	VARENICLINE TAB	Nivel 1	05/01/2022
CYCLAFEM TAB 1/35	Eliminación del medicamentos del formulario	Discontinuación por el fabricante	NORTREL TAB 1/35	Nivel 1	02/01/2022
CYCLAFEM TAB 7/7/7	Eliminación del medicamentos del formulario	Discontinuación por el fabricante	NORTREL TAB 7/7/7	Nivel 1	02/01/2022
DUREZOL EMU 0.05%	Eliminación del medicamentos del formulario	Medicamento genérico disponible	DIFLUPREDNATE EMU 0.05%	Nivel 1	05/01/2022
FAYOSIM TAB	Eliminación del medicamentos del formulario	Discontinuación por el fabricante	RIVELSA TAB	Nivel 1	02/01/2022
FREAMINE HBC INJ 6.9%	Eliminación del medicamentos del formulario	Discontinuación por el fabricante	FREAMINE III INJ 10%	Nivel 2	01/01/2022
INTELENCE TAB 100MG	Eliminación del medicamentos del formulario	Medicamento genérico disponible	ETRAVIRINE TAB 100MG	Nivel 2	01/01/2022

Nombre del medicamento afectado	Descripción del cambio	Motivo del cambio	Medicamento alternativo*	Categoría del medicamento alternativo	Fecha de vigencia
INTELENCE TAB 200MG	Eliminación del medicamentos del formulario	Medicamento genérico disponible	ETRAVIRINE TAB 200MG	Nivel 2	01/01/2022
IVERMECTIN TAB 3MG	Autorización previa añadida**	PA agregada para asegurar que su uso es para una indicación cubierta por la Part D	Consulte a su proveedor de atención médica		03/01/2022
KALETRA TAB 100-25MG	Eliminación del medicamentos del formulario	Medicamento genérico disponible	LOPINAVIR-RITONAVIR TAB 100-25 MG	Nivel 1	01/01/2022
KALETRA TAB 200-50MG	Eliminación del medicamentos del formulario	Medicamento genérico disponible	LOPINAVIR-RITONAVIR TAB 200-50 MG	Nivel 2	01/01/2022
MIBELAS 24 CHEW FE	Eliminación del medicamentos del formulario	Discontinuación por el fabricante	NORETHINDRONE ACE-ETH ESTRADIOL-FE CHEW TAB 1 MG-20 MCG (24)	Nivel 1	02/01/2022
MINITRAN TD PATCH	Eliminación del medicamentos del formulario	Discontinuación por el fabricante	NITROGLYCERIN TD PATCH	Nivel 1	02/01/2022
MONDOXYNE NL CAP 100MG	Eliminación del medicamentos del formulario	Discontinuación por el fabricante	DOXYCYCLINE MONOHYDRATE CAP 100 MG	Nivel 1	02/01/2022
NARCAN SPR	Eliminación del medicamentos del formulario	Medicamento genérico disponible	NALOXONE HCL SPR	Nivel 1	05/01/2022
SUTENT CAP	Eliminación del medicamentos del formulario	Medicamento genérico disponible	SUNITINIB CAP	Nivel 2	01/01/2022
TRILYTE SOLN	Eliminación del medicamentos del formulario	Discontinuación por el fabricante	GAVILYTE-N SOLN FLAVOR PACK	Nivel 1	01/01/2022

Nombre del medicamento afectado	Descripción del cambio	Motivo del cambio	Medicamento alternativo*	Categoría del medicamento alternativo	Fecha de vigencia
TRI-PREVIFEM TAB	Eliminación del medicamentos del formulario	Discontinuación por el fabricante	TRI-SPRINTEC TAB	Nivel 1	04/01/2022
XCOPRI TAB PACK 50-200MG	Eliminación del medicamentos del formulario	Discontinuación por el fabricante	XCOPRI TAB	Nivel 2	01/01/2022
ZARAH TAB 3-0.03MG	Eliminación del medicamentos del formulario	Discontinuación por el fabricante	SYEDA TAB 3-0.03MG	Nivel 1	03/01/2022

*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 enumeradas aquí es adecuada para usted. Consulte a su médico para verificar si es el medicamento adecuado para usted.

El Plan Molina Dual Options Cal MediConnect (Plan Medicare-Medicaid) es un plan de salud con contratos con Medicare y Medi-Cal 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) 665-4627, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita.

Molina Healthcare cumple con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad, religión, género, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, recepción de atención médica, experiencia de reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica.