

Cambios en la Lista de Medicamentos del Plan Molina Dual Options Medicare-Medicaid

Molina Dual Options 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 luego 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 (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 una renovación del medicamento. El miembro recibirá un suministro para 30 días del medicamento.

Si se ve afectado(a) 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 Manual del Miembro. Si tiene dudas, llame a Departamento de Servicios para Miembros al (877) 901-8181, (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local.

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 | Medicamento(s) alternativo(s) * | Categorías de costos compartidos de medicamentos alternativos | Fecha de entrada en vigencia |
|--|--|-----------------------------------|--|--|-------------------------------------|
| AMOXICILLIN & K CLAVULANATE CHEW TAB 200-28.5 MG | Eliminación del medicamento del formulario | Descontinuación por el fabricante | AMOXICILLIN & K CLAVULANATE FOR SUSP 200-28.5 MG/5ML | Categoría 1 | 01/01/2025 |
| AMOXICILLIN & K CLAVULANATE CHEW TAB 400-57 MG | Eliminación del medicamento del formulario | Descontinuación por el fabricante | AMOXICILLIN & K CLAVULANATE FOR SUSP 400-57 MG/5ML | Categoría 1 | 05/01/2025 |
| CORLANOR TAB | Eliminación del medicamento del formulario | Medicamento genérico disponible | IVABRADINE TAB | Categoría 1 | 01/01/2025 |
| DESOGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.15-0.02/0.01 MG (21/5) | Eliminación del medicamento del formulario | Descontinuación por el fabricante | KARIVA TAB 0.15-0.02/0.01 MG (21/5) | Categoría 1 | 08/01/2025 |
| DROXIA CAP | Eliminación del medicamento del formulario | Descontinuación por el fabricante | Consulte a su proveedor de atención médica | | 03/01/2025 |
| DUPIXENT INJ 100MG/0.67ML | Eliminación del medicamento del formulario | Descontinuación por el fabricante | DUPIXENT INJ 200MG/1.14ML | Categoría 2 | 02/01/2025 |
| ENDARI POW 5GM | Eliminación del medicamento del formulario | Medicamento genérico disponible | L-GLUTAMINE POW 5GM | Categoría 2 | 01/01/2025 |
| ERYTHROCIN TAB 250MG | Eliminación del medicamento del formulario | Descontinuación por el fabricante | ERYTHROMYCIN TAB 250MG BS | Categoría 1 | 01/01/2025 |
| EUTHYROX TAB | Eliminación del medicamento del formulario | Descontinuación por el fabricante | LEVOTHYROXINE SODIUM TAB; UNITHROID TAB | Categoría 1 | 09/01/2025 |
| FENTANYL OT LOZ | Eliminación del medicamento del formulario | Descontinuación por el fabricante | MORPHINE SULFATE TAB | Categoría 1 | 02/01/2025 |

| Nombre del medicamento afectado | Descripción del cambio | Motivo del cambio | Medicamento(s) alternativo(s) * | Categorías de costos compartidos de medicamentos alternativos | Fecha de entrada en vigencia |
|--|--|-----------------------------------|--|--|-------------------------------------|
| ISOSORBIDE MONONITRATE TAB | Eliminación del medicamento del formulario | Descontinuación por el fabricante | ISOSORB MONONITRATE TAB ER | Categoría 1 | 05/01/2025 |
| LEENA TAB | Eliminación del medicamento del formulario | Descontinuación por el fabricante | ARANELLE TAB | Categoría 1 | 05/01/2025 |
| LEUKERAN TAB 2MG | Eliminación del medicamento del formulario | Medicare ya no lo cubrirá | Consulte a su proveedor de atención médica | | 01/01/2025 |
| LEVONORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL (91-DAY) | Eliminación del medicamento del formulario | Descontinuación por el fabricante | RIVELSA TAB; ROSYRAH TAB | Categoría 1 | 09/01/2025 |
| LIBERVANT FILM | Eliminación del medicamento del formulario | Descontinuación por el fabricante | VALTOCO LIQD | Categoría 2 | 07/01/2025 |
| MICROGESTIN 24 FE TAB 1-20 MG-MCG | Eliminación del medicamento del formulario | Descontinuación por el fabricante | HAILEY 24 FE TAB 1-20 MG-MCG | Categoría 1 | 02/01/2025 |
| NATACYN SUS 5% OP | Eliminación del medicamento del formulario | Medicare ya no lo cubrirá | Consulte a su proveedor de atención médica | | 01/01/2025 |
| NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB CHEWABLE 0.8 MG-25MCG | Eliminación del medicamento del formulario | Descontinuación por el fabricante | KAITLIB FE TAB CHEWABLE 0.8 MG-25MCG | Categoría 1 | 05/01/2025 |
| NORETHINDRONE ACETATE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1.5 MG-30 MCG | Eliminación del medicamento del formulario | Descontinuación por el fabricante | MICROGESTIN TAB 1.5MG/30MCG | Categoría 1 | 07/01/2025 |

| Nombre del medicamento afectado | Descripción del cambio | Motivo del cambio | Medicamento(s) alternativo(s) * | Categorías de costos compartidos de medicamentos alternativos | Fecha de entrada en vigencia |
|--|--|-----------------------------------|---|--|-------------------------------------|
| NYMYO TAB 0.25MG-35MCG | Eliminación del medicamento del formulario | Descontinuación por el fabricante | NORGESTIMATE-ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.25MG-35MCG | Categoría 1 | 02/01/2025 |
| PREHEVBRIO SUS 10MCG/ML | Eliminación del medicamento del formulario | Descontinuación por el fabricante | ENGERIX-B INJ; HEPLISAV-B INJ; RECOMBIVAX HB INJ | Categoría 1 | 03/01/2025 |
| SANDIMMUNE SOL 100MG/ML | Eliminación del medicamento del formulario | Descontinuación por el fabricante | CYCLOSPORINE CAP | Categoría 1 | 01/01/2025 |
| SELZENTRY TAB 25MG | Eliminación del medicamento del formulario | Descontinuación por el fabricante | SELZENTRY SOL 20MG/ML | Categoría 2 | 02/01/2025 |
| SELZENTRY TAB 75MG | Eliminación del medicamento del formulario | Descontinuación por el fabricante | SELZENTRY SOL 20MG/ML | Categoría 2 | 02/01/2025 |
| SPRYCEL TAB | Eliminación del medicamento del formulario | Medicamento genérico disponible | DASATINIB TAB | Categoría 2 | 02/01/2025 |
| TABLOID TAB 40MG | Eliminación del medicamento del formulario | Medicare ya no lo cubrirá | Consulte a su proveedor de atención médica | | 01/01/2025 |
| TDVAX INJ 2-2 LF | Eliminación del medicamento del formulario | Descontinuación por el fabricante | TENIVAC INJ 5-2LF | Categoría 1 | 03/01/2025 |
| TOBRADEX ST SUS 0.3-0.05% | Eliminación del medicamento del formulario | Medicare ya no lo cubrirá | TOBRAMYCIN-DEXAMETHASONE SUS 0.3-0.1% | Categoría 1 | 01/01/2025 |
| TRIVORA-28 TAB | Eliminación del medicamento del formulario | Descontinuación por el fabricante | LEVONORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.05-30/0.075-40/0.125-30MG-MCG; ENPRESSE-28 TAB; LEVONEST TAB | Categoría 1 | 09/01/2025 |

| Nombre del medicamento afectado | Descripción del cambio | Motivo del cambio | Medicamento(s) alternativo(s) * | Categorías de costos compartidos de medicamentos alternativos | Fecha de entrada en vigencia |
|--|--|-----------------------------------|--|--|-------------------------------------|
| VRAYLAR CAP 1.5-3MG | Eliminación del medicamento del formulario | Descontinuación por el fabricante | VRAYLAR CAP | Categoría 2 | 02/01/2025 |
| ZERVIA DRO 0.24% | Eliminación del medicamento del formulario | Medicare ya no lo cubrirá | AZELASTINE DRO 0.05% | Categoría 1 | 01/01/2025 |
| ZYPREXA RELPREVV INJ | Eliminación del medicamento del formulario | Descontinuación por el fabricante | RISPERIDONE ER INJ | Categoría 1/Categoría 2 | 02/01/2025 |

*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.

El Plan Molina Dual Options Medicare-Medicaid es un plan de salud con contratos con Medicare y Medicaid de Illinois para proporcionar los beneficios de ambos programas a las personas inscritas.

Puede solicitar este documento sin costo alguno en otros formatos, tales como sistema braille, audio o en letra grande. Llame al (877) 901-8181, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita.

El Plan Molina Dual Options Medicare-Medicaid cumple con las leyes federales de derechos civiles vigentes y no discrimina por motivos de edad, color de piel, discapacidad, nacionalidad de origen (incluido el dominio limitado del inglés), raza o sexo (de conformidad con el alcance de la discriminación por sexo que se describe en la sección 92.101(a)).

Para ayudarlo(a) a comunicarse eficazmente con nosotros, Molina Dual Options le ofrece sus servicios sin costo alguno y de manera oportuna:

- Molina Dual Options realiza las modificaciones pertinentes y proporciona ayuda y servicios apropiados a las personas con discapacidades. Estos incluyen: (1) Intérpretes calificados. (2) Información en otros formatos, como en letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, sistema braille.
- Molina Dual Options ofrece servicios lingüísticos para personas que hablan otro idioma o tienen un nivel básico de inglés. Estos incluyen: (1) Intérpretes de idiomas calificados. (2) Información traducida a su idioma.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el Departamento de Servicios para Miembros de Molina Dual Options llamando al 1-800-665-3086 o TTY/TDD: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local.

Si considera que lo(a) hemos discriminado por edad, color, discapacidad, nacionalidad, raza o sexo, puede presentar una queja. Puede presentar una queja en persona, o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, lo(a) ayudaremos. Puede obtener nuestro procedimiento de quejas en nuestro sitio web <https://www.molinahealthcare.com/members/common/en-US/Notice-of-Nondiscrimination.aspx>

Llame a nuestro Coordinador de Derechos Civiles al 1-866-606-3889, TTY/TDD: 711 o envíe su queja a:

Civil Rights Unit
200 Oceangate
Long Beach, CA 90802
Correo electrónico: civil.rights@molinahealthcare.com
Sitio web: <https://molinahealthcare.Alertline.com>

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, en línea a través del Portal de Quejas de la Office for Civil Rights en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo o teléfono al:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
Teléfono: 1-800-368-1019
TTY/TDD: 800-537-7697

Los formularios de quejas se encuentran disponibles en <https://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf>

<https://www.molinahealthcare.com/members/common/en-US/multi-language-taglines.aspx>