

Cambios en la Lista de Medicamentos del plan Molina Dual Options MI Health Link de 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.

- Es posible que eliminemos el medicamento de marca registrada y si lo cambiamos por un nuevo medicamento genérico.
- Cuando incorporamos el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca registrada en nuestra Lista de Medicamentos, pero cambiar sus reglas o límites de cobertura.

Un medicamento es retirado del mercado.

- La Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) determina que un medicamento que está tomando no es seguro.
- Si el fabricante del medicamento retira el medicamento del mercado.

Es posible que no le avisemos antes de realizar los cambios mencionados más arriba, pero luego le enviaremos un aviso sobre los cambios específicos que hayamos realizado.

Cuando se realicen otros cambios en la Lista de Medicamentos, le informaremos con al menos 30 días de anticipación o cuando solicite una renovación. Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otra persona que receta y obtener 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 Manual para Miembros. Si tiene dudas, llame a Servicios para Miembros al (855) 735-5604, (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este.

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
ABELCET INJ 5 MG/ML	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	AMPHOTERICIN B LIPOSOME IV FOR SUSP 50 MG	Categoría 2	11/01/2025

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
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/5 ML	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/5 ML	Categoría 1	05/01/2025
BRONCHITOL CAP 40 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Medicare ya no lo cubrirá	Consulte a su proveedor de atención médica		10/01/2025
CALQUENCE CAP 100MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	CALQUENCE TAB 100MG	Categoría 2	10/01/2025
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 100 MG/0.67 ML	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	DUPIXENT INJ 200MG 1.14ML	Categoría 2	02/01/2025
ENDARI POW 5 GM	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	L-GLUTAMINE POW 5 GM	Categoría 2	01/01/2025
ENTRESTO TAB	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	SACUBITRIL-VALSARTAN TAB	Categoría 1	10/01/2025
ERYTHROCIN TAB 250 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	ERYTHROMYCIN TAB 250 MG BS	Categoría 1	01/01/2025
ETHYNODIOL TAB 1 MG-50 MCG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	VALTYA 1/50 TAB 1 MG-50 MCG	Categoría 1	11/01/2025
EUTHYROX TAB	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB; UNITHROID 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
FENTANYL OT LOZ	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	MORPHINE SULFATE TAB	Categoría 1	02/01/2025
IDACIO (2-SYRINGE) INJ KIT 40 MG/0.8 ML	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	ADALIMUMAB-AACF (2-SYRINGE) INJ KIT 40 MG/0.8 ML; HUMIRA INY	Categoría 2	11/01/2025
ISOSORBIDE MONONITRATE TAB	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	ISOSORB MONONITRATE TAB ER	Categoría 1	05/01/2025
IXCHIQ INJ	Eliminación del medicamento del formulario	Retirada del mercado	VIMKUNYA INJ 40 MCG/0.8 ML	Categoría 1	10/01/2025
LEENA TAB	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	ARANELLE TAB	Categoría 1	05/01/2025
LEUKERAN TAB 2 MG	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-25 MCG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	KAITLIB FE TAB CHEWABLE 0.8 MG-25 MCG	Categoría 1	05/01/2025

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
NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1 MG-20 MCG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	MICROGESTIN TAB FE 1/20; AUROVELA FE TAB 1/20; LARIN FE TAB 1/20; LOESTRIN FE TAB 1/20; TARINA FE TAB 1/20 EQ; FEIRZA TAB 1/20; JUNEL FE TAB 1/20	Categoría 1	10/01/2025
NORETHINDRONE ACETATE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1.5 MG-30 MCG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	MICROGESTIN TAB 1.5 MG/30 MCG	Categoría 1	07/01/2025
NORETHINDRONE AC-ETHINYL ESTRAD-FE TAB 1-20/1-30/1-35 MG-MCG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	XARAH FE TAB; TRI-LEGEST FE TAB; XARAH FE TAB	Categoría 1	10/01/2025
NYMYO TAB 0.25 MG-35 MCG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	NORGESTIMATE-ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.25 MG-35 MCG	Categoría 1	02/01/2025
PREHEVBRIO SUS 10 MCG/ML	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	ENGERIX-B INJ; HEPLISAV-B INJ; RECOMBIVAX HB INJ	Categoría 1	03/01/2025
REGRANEX GEL 0.01%	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	Consulte a su proveedor de atención médica		10/01/2025
REPATHA PUSHTRONEX INJ 420 MG/3.5 ML	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	REPATHA SURECLICK INJ 140MG/ML; REPATHA INJ 140 MG/ML	Categoría 2	11/01/2025
SANDIMMUNE SOL 100 MG/ML	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	CYCLOSPORINE CAP	Categoría 1	01/01/2025
SELZENTRY TAB 25 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	SELZENTRY SOL 20 MG/ML	Categoría 2	02/01/2025
SELZENTRY TAB 75 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	SELZENTRY SOL 20 MG/ML	Categoría 2	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
SPRYCEL TAB	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	DASATINIB TAB	Categoría 2	02/01/2025
TABLOID TAB 40 MG	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 5-2 LF	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
TRECTOR TAB 250 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	Consulte a su proveedor de atención médica		10/01/2025
TRIVORA-28 TAB	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	LEVONORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.05-30/0.075-40/0.125-30 MG-MCG; ENPRESSE-28 TAB; LEVONEST TAB	Categoría 1	09/01/2025
VRAYLAR CAP 1.5-3 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	VRAYLAR CAP	Categoría 2	02/01/2025
ZERVIATE 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 de Molina Dual Options MI Health Link Medicare-Medicaid es un plan de salud que tiene contratos con Medicare y Medicaid de Michigan 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 (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora del este. La llamada es gratuita.

Molina Healthcare 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 ayudarle a comunicarse con nosotros, Molina Healthcare proporciona los siguientes servicios sin costo alguno y de manera oportuna:

- Molina Healthcare realiza las modificaciones pertinentes y proporciona ayudas y servicios apropiados a las personas con discapacidades. Estos incluyen los siguientes: (1) Intérpretes calificados. (2) Información en otros formatos, como en letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, sistema braille.
- Molina Healthcare ofrece servicios lingüísticos para personas que hablan otro idioma o tienen un nivel básico de inglés. Estos incluyen los siguientes: (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 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 se le ha discriminado por motivos de edad, color de piel, discapacidad, nacionalidad, raza o sexo, puede presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación por teléfono, por correo, por correo electrónico o en línea. Si necesita ayuda para presentar una reclamación, le ayudaremos. Puede obtener nuestro procedimiento de reclamaciones 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 reclamación 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 (reclamación) sobre derechos civiles ante la U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, (Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos) de los EE. UU. de manera electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono a:

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>