



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

Molina Dual Options puede retirar de inmediato un medicamento de marca de nuestra Lista de Medicamentos si:

Se encuentra disponible un nuevo medicamento genérico.

- Podemos retirar el medicamento de marca si lo estamos reemplazando por un nuevo medicamento genérico.
- Al agregar el nuevo medicamento genérico, podemos mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de Medicamentos, pero cambiar sus reglas de cobertura o límites.

Un medicamento es retirado del mercado.

- La Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) determina que un medicamento que usted toma 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, pero posteriormente le enviaremos un aviso sobre el cambio o los cambios específicos que realizamos.

Cuando se realicen otros cambios en la Lista de Medicamentos, le avisaremos al menos 30 días antes de que sucedan o cuando usted solicite un resurtido. Esto le dará tiempo para hablar con su médico u otro persona que receta y obtener un suministro de 30 días del medicamento.

Si usted se ve afectado por un cambio en la cobertura o los límites de medicamentos, usted o su médico pueden solicitarnos una excepción. El aviso que le enviemos 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. Por favor, 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, si tiene alguna pregunta.

La siguiente tabla describe los cambios en nuestra Lista de Medicamentos que pueden afectarle.

Nombre del medicamento afectado	Descripción del cambio	Motivo del cambio	Medicamentos(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	ANFOTERICINA B LIPOSOMA IV PARA SUSP 50 MG	Categoría 2	11/01/2025
AMOXICILLIN y K CLAVULANATE CHEW TAB 200- 28.5 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	AMOXICILLIN y K CLAVULANATE FOR SUSP 200-28.5 MG/5 ML	Categoría 1	01/01/2025
AMOXICILLIN y K CLAVULANATE CHEW TAB 400- 57 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	AMOXICILLIN y K CLAVULANATE FOR SUSP 400-57 MG/5 ML	Categoría 1	05/01/2025
BRONCHITOL CAP 40MG	Eliminación del medicamento del formulario	Medicare ya no lo cubrirá	Consulte a su proveedor de atención médica		10/01/2025
CALQUENCE CAP 100 MG	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 200 MG/1.14 ML	Categoría 2	02/01/2025

Nombre del medicamento afectado	Descripción del cambio	Motivo del cambio	Medicamentos(s) Alternativo(s) *	Categorías de costos compartidos de medicamentos alternativos	Fecha de entrada en vigencia
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
FENTANYL OT LOZ	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	MORPHINE SULFATE TAB	Categoría 1	02/01/2025
IDACIO (2- SYRINGE) INY KIT 40 MG/0.8ML	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	ADALIMUMAB-AACF (2- SYRINGE) INY KIT 40 MG/0.8ML; 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	Extracción del mercado	VIMKUNYA INJ 40MCG/0.8ML	Categoría 1	10/01/2025
LEENA TAB	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	ARANELLE TAB	Categoría 1	05/01/2025

Nombre del medicamento afectado	Descripción del cambio	Motivo del cambio	Medicamentos(s) Alternativo(s) *	Categorías de costos compartidos de medicamentos alternativos	Fecha de entrada en vigencia
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
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

Nombre del medicamento afectado	Descripción del cambio	Motivo del cambio	Medicamentos(s) Alternativo(s) *	Categorías de costos compartidos de medicamentos alternativos	Fecha de entrada en vigencia
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
NORETINDRONA 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/3.5ML	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	REPATHA SURECLICK INJ 140MG/ML; REPATHA INJ 140MG/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	Medicamentos(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 5-2LF	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
TRECATOR TAB 250MG	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 0.05-30/0.075-40/0.125-30MG- 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 alguno de los medicamentos alternativos que se mencionan aquí es adecuado para usted. Por favor, pida a su médico que verifique si este es el medicamento adecuado para usted.

El Plan Molina Dual Options MI Health Link Medicare-Medicaid es un plan de salud con contratos con Medicare y Medicaid de Michigan para proporcionar los beneficios de ambos programas a los afiliados.

Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame al (855) 735-5604, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. ET. The call is free.

Molina Healthcare cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de edad, color de piel, discapacidad, origen nacional (incluido el dominio limitado del inglés), raza o sexo (</cf>de acuerdo con el alcance de la discriminación sexual descrita 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 adaptaciones pertinentes y proporciona ayuda y servicios apropiados para las personas con discapacidades. Estos incluyen: (1) Intérpretes calificados. (2) Materiales en otros formatos, como en letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, braille.
- Molina Healthcare proporciona servicios lingüísticos para personas que hablan otro idioma o tienen conocimientos limitados del inglés. Estos incluyen: (1) Intérpretes de idiomas calificados. (2) Información traducida a su idioma.

Si necesita estos servicios, póngase en contacto con 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 cree que le hemos discriminado por motivos de edad, color, discapacidad, origen nacional, raza o sexo, puede presentar una reclamación. Puede presentar una reclamación por teléfono, por correo postal, correo electrónico o en línea. Si necesita ayuda para redactar su reclamación, le ayudaremos. Puede obtener nuestro procedimiento de reclamación visitando nuestro sitio web en 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