

Cambios en la lista de medicamentos del plan Medicare-Medicaid de Molina Dual Options MI Health Link

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 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.

- Si 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 una notificación 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 le 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. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5604, (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del este, si tiene dudas.

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

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
AMABELZ TAB 0.5-0.1 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	ESTRADIOL & NORETHINDRONE ACETATE TAB 0.5-0.1 MG	Categoría 2	07/01/2024
AMABELZ TAB 1-0.5 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	ESTRADIOL & NORETHINDRONE ACETATE TAB 1-0.5 MG; MIMVEY TAB 1-0.5 MG	Categoría 2	03/01/2024
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	10/01/2024
CEFACLOR SUS 125/5 ML	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	CEFACLOR SUS 250 MG/5 ML	Categoría 1	02/01/2024
CEFACLOR SUS 375/5 ML	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	CEFACLOR SUS 250 MG/5 ML	Categoría 1	02/01/2024
CEFTAZIDIME/ SOL D5W 1 GM	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	CEFTAZIDIME INJ	Categoría 1	02/01/2024
CEFTAZIDIME/ SOL D5W 2 GM	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	CEFTAZIDIME INJ	Categoría 1	02/01/2024
CIPROFLOXACIN HCL TAB 100 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	CIPROFLOXACIN HCL TAB 250 MG	Categoría 1	02/01/2024
CLINDAMYCIN INJ 300 MG/2 ML	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	CLINDAMYCIN INJ 600 MG/4 ML	Categoría 1	02/01/2024

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
CYCLOPHOSPHAMIDE INJ 2 GM/4 ML	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	CYCLOPHOSPHAMIDE INJ 2 GM/10 ML	Categoría 2	09/01/2024
CYCLOSPORINE INJ 50 MG/ML	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	Consulte a su proveedor de atención médica		09/01/2024
EFAVIRENZ CAP 200 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	EFAVIRENZ TAB 600 MG	Categoría 1	11/01/2024
EFAVIRENZ CAP 50 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	EFAVIRENZ TAB 600 MG	Categoría 1	11/01/2024
EMCYT CAP 140 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	Consulte a su proveedor de atención médica		05/01/2024
ERYTHROCIN TAB 250 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	ERYTHROMYCIN TAB 250 MG EC	Categoría 1	10/01/2024
EXKIVITY CAP 40 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	Consulte a su proveedor de atención médica		08/01/2024
FLEBOGAMMA DIF INJ 10 GM/100 ML	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	BIVIGAM INJ 10 GM/100 ML; GAMMAPLEX INJ 10 GM/100 ML; OCTAGAM INJ 10 GM/100 ML; PRIVIGEN INJ 10 GM/100 ML	Categoría 2	03/01/2024
FLEBOGAMMA DIF INJ 2.5 GM/50 ML	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	OCTAGAM INJ 2.5 GM/50 ML	Categoría 2	03/01/2024

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
FLEBOGAMMA DIF INJ 20 GM/200 ML	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	GAMMAPLEX INJ 20 GM/200ML; OCTAGAM INJ 20 GM/200 ML; PRIVIGEN INJ 20 GM/200 ML	Categoría 2	03/01/2024
FLEBOGAMMA DIF INJ 5 GM/50 ML	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	BIVIGAM INJ 5 GM/50 ML; GAMMAPLEX INJ 5 GM/50 ML; OCTAGAM INJ 5 GM/50 ML; PRIVIGEN INJ 5 GM/50 ML	Categoría 2	03/01/2024
GVOKE PFS INJ PREF SYRINGE 0.5 MG/0.1 ML	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	GVOKE PFS INJ PREF SYRINGE 1 MG/0.2 ML; GVOKE HYPOPEN; GVOKE KIT	Categoría 2	03/01/2024
HUMIRA PEDIA INJ CROHNS KIT 80 MG/0.8 ML & 40 MG/0.4 ML	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	HUMIRA PEN STARTER KIT CD/UC/HS	Categoría 2	08/01/2024
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS D PSKT 80 MG/0.8 ML	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	HUMIRA PEN STARTER KIT CD/UC/HS	Categoría 2	08/01/2024
HUMIRA PEN INJ CD/UC/HS	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	HUMIRA PEN INJ 40 MG/0.8 ML	Categoría 2	04/01/2024
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER PNKT 40 MG/0.8 ML	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	HUMIRA PEN INJ KIT 40 MG/0.8 ML	Categoría 2	08/01/2024
LEXIVA SUS 50 MG/ML	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	FOSAMPRENAVIR TAB 700 MG	Categoría 2	10/01/2024

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
NEVIRAPINE TAB ER 100 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	NEVIRAPINE TAB ER 400 MG	Categoría 1	02/01/2024
OLOPATADINE DROPS 0.1 %	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	AZELASTINE HCL OPTH SOLN 0.05 %	Categoría 1	02/01/2024
PAROMOMYCIN CAP 250 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	Consulte a su proveedor de atención médica		04/01/2024
PENICILLIN G PROCAINE INJ SUSP 600000 UNIT/ML	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	PENICILLIN G POTASSIUM INJ SOLR 5000000 UNIT, 20000000 UNIT	Categoría 1	03/01/2024
RISPERDAL CONSTA INJ 12.5 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	RISPERIDONE INJ 12.5 MG ER	Categoría 1	05/01/2024
RISPERDAL CONSTA INJ 25 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	RISPERIDONE INJ 25 MG ER	Categoría 1	05/01/2024
RISPERDAL CONSTA INJ 37.5 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	RISPERIDONE INJ 37.5 MG ER	Categoría 2	05/01/2024
RISPERDAL CONSTA INJ 50 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	RISPERIDONE INJ 50 MG ER	Categoría 2	05/01/2024
STAVUDINE CAP	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	ABACAVIR TAB; EMTRICITABINE CAP; LAMIVUDINE 150 MG, 300 MG TAB; ZIDOVUDINE TAB	Categoría 1	01/01/2024

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
SYMJEPI INJ 0.15 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	EPINEPHRINE INJ 0.15 MG	Categoría 1	02/01/2024
SYMJEPI INJ 0.3 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	EPINEPHRINE INJ 0.3 MG	Categoría 1	02/01/2024
SYNRIBO INJ 3.5 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	ICLUSIG TAB; SCEMBLIX TAB	Categoría 2	02/01/2024
TAZTIA XT CAP	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	DILTIAZEM HCL ER BEADS CAP; TIADYLT CAP	Categoría 1	09/01/2024
TRICARE TAB PRENATAL	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	PRENATAL TAB 27-1 MG	Categoría 2	01/01/2024
TRIZIVIR TAB	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	Consulte a su proveedor de atención médica		12/01/2024
VANADOM TAB 350 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	CARISOPRODOL TAB 350 MG	Categoría 2	03/01/2024
VOTRIENT TAB 200 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	PAZOPANIB HCL TAB 200 MG	Categoría 2	05/01/2024
VRAYLAR CAP 1.5-3 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	VRAYLAR CAP	Categoría 2	06/01/2024
ZEJULA CAP 100 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	ZEJULA TAB	Categoría 2	09/01/2024

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
ZOLEDRONIC ACID IV SOLN 4 MG/100 ML	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	ZOLEDRONIC ACID INJ 4 MG/5 ML	Categoría 1	10/01/2024

*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 (Plan Medicare-Medicaid) es un plan de salud con contratos con Medicare y Medicaid de Michigan para proporcionar los beneficios de ambos programas a las personas inscritas.

Puede solicitar este documento sin costo en otros formatos, como en letra grande, braille o audio. 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 aplicables 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 en reclamaciones, historia clínica, información genética, evidencia de asegurabilidad, ubicación geográfica.

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