Cambios en la Lista de Medicamentos de Molina Dual Options MyCare Ohio (Medicare-Medicaid Plan)

Molina Dual Options MyCare Ohio 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 afiliados 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 afiliados que actualmente toman un medicamento, notificaremos a los afiliados, al menos, 30 días antes de realizar el cambio o cuando el afiliado solicite una renovación del medicamento. El afiliado recibirá un suministro del medicamento para 30 días.

Si se ve afectado(a) por un cambio en la cobertura o los límites de los medicamentos, usted o su doctor 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 Afiliado. Llame al Departamento de Servicios para Afiliados al (855) 665-4623, (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, 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	Medicamentos alternativos*	Categorías de costos compartidos de medicamentos alternativos	Fecha de entrada en vigencia
AMABELZ TAB 1-0.5 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	ESTRADIOL & NORETHINDRONE ACETATE TAB 1-0.5 MG; MIMVEY TAB 1-0.5 MG	Categoría 2	3/01/2024
CEFACLOR SUS 125/5 ML	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	CEFACLOR SUS 250 MG/5 ML	Categoría 1	02/01/2024
CEFACLOR SUS 375/5 ML	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	CEFACLOR SUS 250 MG/5 ML	Categoría 1	02/01/2024
CEFTAZIDIME/ SOL D5W 1 GM	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	CEFTAZIDIME INJ	Categoría 1	02/01/2024
CEFTAZIDIME/ SOL D5W 2 GM	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	CEFTAZIDIME INJ	Categoría 1	02/01/2024
CIPROFLOXACIN HCL TAB 100 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	CIPROFLOXACIN HCL TAB 250 MG	Categoría 1	02/01/2024
CLINDAMYCIN INJ 300 MG/2 ML	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	CLINDAMYCIN INJ 600 MG/4 ML	Categoría 1	02/01/2024
FLEBOGAMMA DIF INJ 10 GM/100 ML	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación 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	3/01/2024
FLEBOGAMMA DIF INJ 2.5 GM/50 ML	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	OCTAGAM INJ 2.5 GM/50 ML	Categoría 2	3/01/2024

Nombre del medicamento afectado	Descripción del cambio	Motivo del cambio	Medicamentos alternativos*	Categorías de costos compartidos de medicamentos alternativos	Fecha de entrada en vigencia
FLEBOGAMMA DIF INJ 20 GM/200 ML	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	GAMMAPLEX INJ 20 GM/200 ML; OCTAGAM INJ 20 GM/200 ML; PRIVIGEN INJ 20 GM/200 ML	Categoría 2	3/01/2024
FLEBOGAMMA DIF INJ 5 GM/50 ML	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación 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	3/01/2024
GVOKE PFS INJ PREF SYRINGE 0.5 MG/0.1 ML	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	GVOKE PFS INJ PREF SYRINGE 1 MG/0.2 ML; GVOKE HYPOPEN; GVOKE KIT	Categoría 2	3/01/2024
HUMIRA PEN INJ CD/UC/HS	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	HUMIRA PEN INJ 40 MG/0.8 ML	Categoría 2	04/01/2024
NEVIRAPINE TAB ER 100 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	NEVIRAPINE TAB ER 400 MG	Categoría 1	02/01/2024
OLOPATADINE DROPS 0.1 %	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	AZELASTINE HCL OPHTH SOLN 0.05 %	Categoría 1	02/01/2024
PAROMOMICINA CAP 250 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación 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	Discontinuación por el fabricante	PENICILLIN G POTASSIUM INJ SOLR 5000000 UNIT, 20000000 UNIT	Categoría 1	3/01/2024

Nombre del medicamento afectado	Descripción del cambio	Motivo del cambio	Medicamentos alternativos*	Categorías de costos compartidos de medicamentos alternativos	Fecha de entrada en vigencia
RISPERDAL CONSTA INJ 12.5 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	RISPERIDONE INJ 12.5 MG ER	Categoría 1	5/01/2024
RISPERDAL CONSTA INJ 25 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	RISPERIDONE INJ 25 MG ER	Categoría 1	5/01/2024
RISPERDAL CONSTA INJ 37.5 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	RISPERIDONE INJ 37.5 MG ER	Categoría 2	5/01/2024
RISPERDAL CONSTA INJ 50 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	RISPERIDONE INJ 50 MG ER	Categoría 2	5/01/2024
STAVUDINE CAP	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	ABACAVIR TAB; EMTRICITABINE CAP; LAMIVUDINE 150 MG, 300 MG TAB; ZIDOVUDINE TAB	Categoría 1	01/01/2024
SYMJEPI INJ 0.15 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	EPINEPHRINE INJ 0.15 MG	Categoría 1	02/01/2024
SYMJEPI INJ 0.3 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	EPINEPHRINE INJ 0.3 MG	Categoría 1	02/01/2024
SYNRIBO INJ 3.5 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	ICLUSIG TAB; SCEMBLIX TAB	Categoría 2	02/01/2024
TRICARE TAB PRENATAL	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	PRENATAL TAB 27-1 MG	Categoría 2	01/01/2024

Nombre del medicamento afectado	Descripción del cambio	Motivo del cambio	Medicamentos alternativos*	Categorías de costos compartidos de medicamentos alternativos	Fecha de entrada en vigencia
VANADOM TAB 350 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	CARISOPRODOL TAB 350 MG	Categoría 2	3/01/2024
VOTRIENT TAB 200 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	PAZOPANIB HCL TAB 200 MG	Categoría 2	5/01/2024

*****Los medicamentos alternativos son medicamentos en la misma categoría/clase terapéutica que el medicamento afectado. Solo su doctor puede decidir si una de las alternativas que se mencionan aquí es adecuada para usted. Consulte a su doctor a fin de verificar si es el medicamento adecuado para usted.

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

Puede solicitar este documento sin costo alguno en otros formatos, como en sistema Braille, en audio o en letra grande. Llame al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. 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