

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

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 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 (855) 665-4623, (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.

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, tales como sistema braille, 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. Esta 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 ayudarlo(a) a comunicarse eficazmente con nosotros, Molina Healthcare le ofrece sus servicios sin costo alguno y de manera oportuna:

- Molina Healthcare 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 Healthcare 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 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>

Contamos con servicios de intérprete gratuitos para responder a cualquier pregunta que pueda tener acerca de nuestro plan de salud o medicamentos. Para obtener un intérprete, llámenos al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. Alguien que habla español puede ayudarlo(a). Este es un servicio gratuito.

ESPAÑOL

Contamos con servicios de intérprete gratuitos para responder cualquier pregunta que pueda tener acerca de nuestro plan de salud o medicamentos. Para obtener ayuda de un intérprete, llámenos al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local. Una persona que hable español podrá ayudarlo. Este es un servicio gratuito.

CHINO TRADICIONAL

我們有免費的口譯員服務，可回答您對於我們健康或藥物計劃的任何問題。若需要口譯員，請撥打(855) 665-4623 聯絡，TTY: 711，服務時間為當地時間的週一到週五的上午 8 點至晚上 8 點。能說中文的人士會為您提供協助。這是免費的服務。

CHINO SIMPLIFICADO

如果您对我们的健康计划或药品计划有任何疑问，我们可以提供免费的口译服务解答您的疑问。

若要获得口译服务，请致电我们，电话：(855) 665-4623, TTY:

711，周一至周五提供服务，服务时间为当地时间上午 8 点至晚上 8 点。说中文的人士会帮助您。这是免费服务。

TAGALOG

Mayroon kaming libreng serbisyo ng tagapagsalin para sagutin ang anumang katanungan na maaaring mayroon ka tungkol sa aming health o drug plan. Para makakuha ng tagapagsalin, tawagan lang kami sa numerong (855) 665-4623, TTY: 711, Lunes – Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. lokal na oras. Makatutulong sa iyo ang taong nagsasalita ng Tagalog. Isa itong libreng serbisyo.

FRANCÉS

Nous assurons gracieusement des services d'interprétariat afin de répondre à tout question que vous pourriez avoir sur votre santé ou plan de traitement. Pour obtenir l'assistance d'un interprète, il suffit de nous appeler au (855) 665-4623, TTY : 711, du lundi au vendredi de 8 h à 20 h (heure locale). Une personne parlant français pourra vous assister. Ce service est proposé sans frais.

VIETNAMITA

Chúng tôi có các dịch vụ phiên dịch miễn phí để trả lời bất kỳ câu hỏi nào của quý vị về chương trình chăm sóc sức khỏe hoặc chương trình thuốc của chúng tôi. Để có phiên dịch viên, chỉ cần gọi cho chúng tôi theo số (855) 665-4623, TTY: 711, Thứ Hai – Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, giờ địa phương. Ai đó nói tiếng Việt có thể trợ giúp bạn. Đây là dịch vụ miễn phí.

ALEMÁN

Wir bieten Ihnen kostenlose Dolmetscherdienste, um Ihre Fragen, die Sie möglicherweise zu unseren Gesundheits- oder Arzneimittelleistungen haben, zu beantworten. Wenn Sie mit einem Dolmetscher sprechen möchten, rufen Sie uns einfach an unter (855) 665-4623, TTY: 711, Montag – Freitag, 8:00 Uhr bis 20:00 Uhr (Ortszeit). Jemand, der Deutsch spricht, hilft Ihnen gerne weiter. Dies ist ein kostenloser Dienst.

COREANO

당사는 무료 통역 서비스를 통해 건강 또는 처방약 플랜에 대한 귀하의 질문에 답변해 드립니다. 통역 서비스를 이용하시려면 (855) 665-4623, TTY: 711번으로 월요일~금요일 오전 8시~오후 8시(현지 시간)에 문의하시기 바랍니다. 한국어 통역사가 도움을 드릴 수 있습니다. 무료 서비스입니다.

RUSO

Получить ответы на вопросы о нашем медицинском страховом плане или о плане, покрывающем лекарства по рецепту, вам бесплатно помогут наши устные переводчики. Просто позвоните нам по номеру (855) 665-4623 (TTY: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00 по местному времени. Вам бесплатно поможет русскоязычный сотрудник.

ÁRABE

على (نوفر خدمات الترجمة الفورية المجانية للإجابة عن أي أسئلة قد تراودك حول الخطة الصحية أو خطة الأدوية لدينا. للحصول ، وبالنسبة إلى مستخدمي أجهزة الهواتف النصية (855) 665-4623 مترجم فوري، كل ما عليك هو الاتصال بنا على الرقم)، يرجى الاتصال على: 711، من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا وحتى الساعة 8 مساءً، بالتوقيت الشرقي. ويمكن TTY) لشخص يتحدث اللغة العربية مساعدتك. تقدم هذه الخدمة مجانًا.

ITALIANO

Offriamo un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a qualsiasi domanda sul nostro piano sanitario o farmaceutico. Per ottenere un interprete, basta chiamarci al numero (855) 665-4623, TTY: 711, dal lunedì al venerdì, dalle 8.00 alle 20.00 ora locale. Una persona che parla italiano potrà aiutarti. Si tratta di un servizio gratuito.

PORTUGUÉS

Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a possíveis dúvidas que possa ter sobre o nosso plano de saúde ou plano para medicamentos. Para falar com um intérprete, ligue (855) 665-4623, TTY: 711, segunda – sexta, 8 a.m. até 8 p.m. horário local. Alguém que fala português pode ajudá-lo. Este é um serviço gratuito.

CRIOLLO FRANCÉS

Nou gen sèvis entèprèt gratis pou reponn nenpòt kesyon ou ka genyen sou plan sante oswa plan medikaman nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan (855) 665-4623, TTY: 711, Lendi – Vandredi, 8 a.m. rive 8 p.m. lè lokal. Yon moun ki pale kreyòl ayisyen ka ede w. Sa a se yon sèvis gratis.

POLACO

Oferujemy bezpłatne usługi tłumacza, który pomoże uzyskać odpowiedzi na wszelkie pytania dotyczące naszego planu opieki zdrowotnej lub dawkowania leków. Aby uzyskać pomoc tłumacza, wystarczy zadzwonić do nas pod numer (855) 665-4623, TTY: 711. Jest on dostępny od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:00 do 20:00 czasu lokalnego. Pomocy udzieli osoba mówiąca po polski. Ta usługa jest bezpłatna.

HINDI

हम आपके स्वास्थ्य या इग प्लान से जुड़े किसी भी प्रश्न के लिए आपकी सहायता करने के लिए निःशुल्क दुभाषिया सेवाएं प्रदान करते हैं। दुभाषिया सेवाएं प्राप्त करने के लिए, बस हमें (855) 665-4623, TTY: 711, सोमवार से शुक्रवार, सुबह 8 बजे से रात 8 बजे स्थानीय समय पर कॉल करें। हिंदी बोलने वाला कोई व्यक्ति आपकी सहायता कर सकता/ सकती है। यह एक निःशुल्क सेवा है।

JAPONÉS

弊社の医療保険プランや処方薬プランについてお問い合わせいただく際に無料の通訳サービスをご利用いただけます。通訳をご希望の場合は、(855) 665-4623 (TTY : 711) までお電話にてご連絡ください (営業時間 : 月～金、午前8時～午後8時)。日本語を話せるスタッフがお手伝いいたします。このサービスは無料でご利用いただけます。