

## Cambios en la Lista de Medicamentos del Plan Molina Dual Options 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. 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 (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 los medicamentos que toma actualmente, haremos lo siguiente:

- Le notificaremos, al menos, 30 días antes de realizar el cambio o cuando solicite una renovación del medicamento.
- Le permitiremos recibir 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 pedirnos 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 en [MolinaHealthcare.com/Duals](http://MolinaHealthcare.com/Duals). Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 735-5831, TTY: 711, los 7 días de la semana, 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(a).

<b>Nombre del Medicamento Afectado</b>	<b>Descripción del Cambio</b>	<b>Motivo del Cambio</b>	<b>Medicamentos(s) Alternativo(s) *</b>	<b>Categorías de Costos Compartidos de Medicamentos Alternativos</b>	<b>Fecha de Entrada en Vigencia</b>
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
CORLANOR TAB	Eliminación del Medicamento del Formulario	Medicamento Genérico Disponible	IVABRADINE TAB	Categoría 1	01/01/2025
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
ENDARI POW 5 GM	Eliminación del Medicamento del Formulario	Medicamento Genérico Disponible	L-GLUTAMINE POW 5 GM	Categoría 2	01/01/2025
ERYTHROCIN TAB 250 MG	Eliminación del Medicamento del Formulario	Descontinuación por el Fabricante	ERYTHROMYCIN TAB 250 MG BS	Categoría 1	01/01/2025
FENTANYL OT LOZ	Eliminación del Medicamento del Formulario	Descontinuación por el Fabricante	MORPHINE SULFATE TAB	Categoría 1	02/01/2025
LEUKERAN TAB 2 MG	Eliminación del Medicamento del Formulario	Medicare Ya No Lo Cubrirá	Consulte a su Proveedor de Atención Médica		01/01/2025
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
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

<b>Nombre del Medicamento Afectado</b>	<b>Descripción del Cambio</b>	<b>Motivo del Cambio</b>	<b>Medicamentos(s) Alternativo(s) *</b>	<b>Categorías de Costos Compartidos de Medicamentos Alternativos</b>	<b>Fecha de Entrada en Vigencia</b>
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
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
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
VRAYLAR CAP 1.5-3 MG	Eliminación del Medicamento del Formulario	Descontinuación por el Fabricante	VRAYLAR CAP	Categoría 2	02/01/2025
ZERVIAE 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 Molina Dual Options Medicare-Medicaid es un plan de salud con contratos con Medicare y South Carolina Healthy Connections Medicaid que proporcionará beneficios de ambos programas a los afiliados.

Puede solicitar este documento sin costo en otros formatos, como en letra grande, sistema braille o audio. Llame al (855) 735-5831, TTY: 711, 7 días a la semana, de 8:00 a. m. a 8:00 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 edad, color de piel, discapacidad, nacionalidad (incluido el dominio limitado del Inglés), raza o sexo (de acuerdo con el alcance de la discriminación sexual descrita en la sección 92.101(a)).

Para ayudarlo(a) 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 a las personas con discapacidades. Estos incluyen: (1) Intérpretes calificados. (2) Información en otros formatos, como letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y sistema Braille.
- Molina Healthcare proporciona 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, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para Miembros de Molina al 1-800-665-3086 o TTY/TDD: 711, de Lunes a Viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Este.

Si cree que 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 realizar una reclamación, lo(a) 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](mailto:civil.rights@molinahealthcare.com)  
Sitio web: <https://molinahealthcare.Alertline.com>

También puede presentar una queja (reclamación) sobre derechos civiles ante el 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 postal 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>

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