

Cambios en el formulario de Molina Healthcare

Molina Healthcare puede eliminar de inmediato un medicamento de marca registrada de nuestra Lista de Medicamentos si lo reemplazamos por un nuevo medicamento genérico que aparecerá en la misma categoría de costos compartidos o en una categoría inferior y tiene las mismas o menos restricciones. O bien, al agregar el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca registrada en nuestra Lista de Medicamentos, pero inmediatamente pasarlo a una categoría de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones. Es posible que no le avisemos antes de realizar ese cambio; sin embargo, luego le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hemos realizado. Además, si la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) considera que un medicamento de nuestro formulario no es seguro o si el fabricante del medicamento retira el medicamento del mercado, podemos eliminarlo inmediatamente de nuestro formulario y notificar a los miembros que lo toman.

Antes de realizar otros cambios durante el año en nuestra Lista de Medicamentos que afecten a los miembros que actualmente toman un medicamento y que requieran que le enviemos un aviso por adelantado, notificaremos a los miembros afectados sobre el cambio, al menos, 30 días antes de que el cambio entre en vigor o cuando el miembro solicite una renovación del medicamento, momento en el cual el miembro recibirá un suministro para un mes del medicamento.

Si se ve afectado(a) por un cambio en la cobertura o restricción de medicamentos, dependiendo del tipo de cambio, puede haber diferentes opciones a considerar. Por ejemplo:

Usted puede usar otro medicamento de nuestra Lista de Medicamentos para tratar su afección. A continuación se proporcionan medicamentos alternativos para ayudar a la persona que receta a encontrar un medicamento cubierto que pueda funcionar para usted. Pregunte a la persona que receta si alguno de los posibles medicamentos alternativos es adecuado para usted.

Usted, la persona que receta o su representante autorizado también pueden solicitar una excepción. El aviso que le proporcionamos también incluirá información sobre los pasos para solicitar una excepción. Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura y cómo solicitar una excepción, consulte su *Evidencia de cobertura* o llame al Departamento de Servicios para Miembros al (800) 665-3086 (TTY: 711), del 1.º de octubre al 31 de marzo: los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local; del 1.º de abril al 30 de septiembre: de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local.

En la siguiente tabla, se describen los cambios en nuestro formulario que pueden afectarlo(a).

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
ALTOPREV TAB	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	LOVASTATIN TAB	Categoría 6	08/01/2025
AMOXICILLIN & K CLAVULANATE CHEW TAB 200-28.5 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	AMOXICILLIN & K CLAVULANATE FOR SUSP 200-28.5 MG/5ML	Categoría 3	01/01/2025
AMOXICILLIN & K CLAVULANATE CHEW TAB 400-57 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	AMOXICILLIN & K CLAVULANATE FOR SUSP 400-57 MG/5ML	Categoría 3	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 100MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	CALQUENCE TAB 100MG	Categoría 5	10/01/2025
CORLANOR TAB	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	IVABRADINE TAB	Categoría 4	01/01/2025
DESOGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	KARIVA TAB 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	Categoría 3	08/01/2025
DROXIA CAP	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	Consulte a su proveedor de atención médica		03/01/2025
DUPIXENT INJ 100MG/0.67ML	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	DUPIXENT INJ 200MG/1.14ML	Categoría 5	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
ENDARI POW 5GM	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	L-GLUTAMINE POW 5GM	Categoría 5	01/01/2025
ENTRESTO TAB	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	SACUBITRIL-VALSARTAN TAB	Categoría 3	10/01/2025
ERYTHROCIN TAB 250MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	ERYTHROMYCIN TAB 250MG BS	Categoría 4	01/01/2025
EUTHYROX TAB	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB; UNITHROID TAB	Categoría 1	09/01/2025
FENTANYL OT LOZ	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	MORPHINE SULFATE TAB	Categoría 3	02/01/2025
ISOSORBIDE MONONITRATE TAB	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	ISOSORB MONONITRATE TAB ER	Categoría 1	05/01/2025
IXCHIQ INJ	Eliminación del medicamento del formulario	Retirada del mercado	VIMKUNYA INJ 40MCG/0.8ML	Categoría 1	10/01/2025
LEENA TAB	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	ARANELLE TAB	Categoría 3	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	Discontinuación por el fabricante	RIVELSA TAB; ROSYRAH TAB	Categoría 3	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
LIBERVANT FILM	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	VALTOCO LIQD	Categoría 4	07/01/2025
MICROGESTIN 24 FE TAB 1-20 MG-MCG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	HAILEY 24 FE TAB 1-20 MG-MCG	Categoría 3	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	Discontinuación por el fabricante	KAITLIB FE TAB CHEWABLE 0.8 MG-25MCG	Categoría 3	05/01/2025
NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB 1 MG-20 MCG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación 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 2	10/01/2025
NORETHINDRONE ACETATE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1.5 MG-30 MCG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	MICROGESTIN TAB 1.5MG/30MCG	Categoría 3	07/01/2025
NORETHINDRONE AC-ETHINYL ESTRAD-FE TAB 1-20/1-30/1-35 MG-MCG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	XARAH FE TAB; TRI-LEGEST FE TAB; XARAH FE TAB	Categoría 3	10/01/2025
NYMYO TAB 0.25MG-35MCG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	NORGESTIMATE-ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.25MG-35MCG	Categoría 2	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
PREHEVBRIO SUS 10MCG/ML	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación 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	Discontinuación por el fabricante	Consulte a su proveedor de atención médica		10/01/2025
SANDIMMUNE SOL 100MG/ML	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	CYCLOSPORINE CAP	Categoría 4	01/01/2025
SELZENTRY TAB 25MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	SELZENTRY SOL 20MG/ML	Categoría 5	02/01/2025
SELZENTRY TAB 75MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	SELZENTRY SOL 20MG/ML	Categoría 5	02/01/2025
SPRYCEL TAB	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	DASATINIB TAB	Categoría 5	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	Discontinuación 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 3	01/01/2025
TRECATOR TAB 250MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	Consulte a su proveedor de atención médica		10/01/2025

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
TRIVORA-28 TAB	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	LEVONORGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.05-30/0.075-40/0.125-30MG-MCG; ENPRESSE-28 TAB; LEVONEST TAB	Categoría 2	09/01/2025
VRAYLAR CAP 1.5-3MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	VRAYLAR CAP	Categoría 5	02/01/2025
ZERVIA DRO 0.24%	Eliminación del medicamento del formulario	Medicare ya no lo cubrirá	AZELASTINE DRO 0.05%	Categoría 2	01/01/2025
ZYPREXA RELPREVV INJ	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	RISPERIDONE ER INJ	Categoría 4/Categoría 5	02/01/2025

* Los medicamentos alternativos son medicamentos que podría considerar con la persona que receta. Solo la persona que receta puede determinar medicamentos alternativos que sean apropiados para usted dada la naturaleza individualizada de la terapia con medicamentos. Consulte a la persona que receta para confirmar si este es un medicamento apropiado para usted.

Molina Healthcare es un plan C-SNP, D-SNP y HMO con un contrato de Medicare. Los planes D-SNP tienen un contrato con el programa estatal de Medicaid. La inscripción depende de la renovación del contrato.

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

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>