Senior Whole Health
BY MOLINA HEALTHCARE

Cambios en el formulario de Senior Whole Health

Senior Whole Health 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 Food and Drug Administration (Administración de Alimentos y Medicamentos) 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 dar aviso 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 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 a 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 próximos cambios en nuestro formulario que pueden afectarle.

Nombre del medicamento afectado	Descripción del cambio	Motivo del cambio	Medicamentos(s) Alternativo(s) *	Categorías de costos compartidos de medicamentos alternativos	Fecha de entrada en vigencia
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	1/01/2025
AMOXICILLIN y K CLAVULANATE CHEW TAB 400-57 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	AMOXICILLIN y K CLAVULANATE FOR SUSP 400-57 MG/5 ML	Categoría 1	5/01/2025
CORLANOR TAB	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	IVABRADINE TAB	Categoría 1	1/01/2025
DROXIA CAP	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	Consulte a su proveedor de atención médica		3/01/2025
DUPIXENT INJ 100 MG/0.67 ML	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	DUPIXENT INJ 200 MG/1.14 ML	Categoría 1	2/01/2025
ENDARI POW 5 GM	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	L-GLUTAMINE POW 5 GM	Categoría 1	1/01/2025
ERYTHROCIN TAB 250 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	ERYTHROMYCIN TAB 250 MG BS	Categoría 1	1/01/2025
FENTANYL OT LOZ	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	MORPHINE SULFATE TAB	Categoría 1	2/01/2025
ISOSORBIDE MONONITRATE TAB	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	ISOSORB MONONITRATE TAB ER	Categoría 1	5/01/2025
LEENA TAB	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	ARANELLE TAB	Categoría 1	5/01/2025

Nombre del medicamento afectado	Descripción del cambio	Motivo del cambio	Medicamentos(s) Alternativo(s) *	Categorías de costos compartidos de medicamentos alternativos	Fecha de entrada en vigencia
LEUKERAN TAB 2 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Medicare ya no lo cubrirá	Consulte a su proveedor de atención médica		1/01/2025
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	2/01/2025
NATACYN SUS 5 % OP	Eliminación del medicamento del formulario	Medicare ya no lo cubrirá	Consulte a su proveedor de atención médica		1/01/2025
NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB CHEWABLE 0.8 MG-25 MCG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	KAITLIB FE TAB CHEWABLE 0.8 MG-25 MCG	Categoría 1	5/01/2025
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	2/01/2025
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	3/01/2025
SANDIMMUNE SOL 100 MG/ML	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	CYCLOSPORINE CAP	Categoría 1	1/01/2025
SELZENTRY TAB 25 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	SELZENTRY SOL 20 MG/ML	Categoría 1	2/01/2025
SELZENTRY TAB 75 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	SELZENTRY SOL 20 MG/ML	Categoría 1	2/01/2025

Nombre del medicamento afectado	Descripción del cambio	Motivo del cambio	Medicamentos(s) Alternativo(s) *	Categorías de costos compartidos de medicamentos alternativos	Fecha de entrada en vigencia
SPRYCEL TAB	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	DASATINIB TAB	Categoría 1	2/01/2025
TABLOID TAB 40 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Medicare ya no lo cubrirá	Consulte a su proveedor de atención médica		1/01/2025
TDVAX INJ 2-2 LF	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	TENIVAC INJ 5-2LF	Categoría 1	3/01/2025
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	1/01/2025
VRAYLAR CAP 1.5-3 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	VRAYLAR CAP	Categoría 1	2/01/2025
ZERVIATE DRO 0.24 %	Eliminación del medicamento del formulario	Medicare ya no lo cubrirá	AZELASTINE DRO 0.05 %	Categoría 1	1/01/2025
ZYPREXA RELPREVV INJ	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	RISPERIDONE ER INJ	Categoría 1	2/01/2025

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

Senior Whole Health of Massachusetts cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de edad, color de piel, discapacidad, origen nacional (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 ayudarle a comunicarse con nosotros, Senior Whole Health of Massachusetts proporciona los siguientes servicios sin costo alguno y de manera oportuna:

- Senior Whole Health of Massachusetts proporciona adaptaciones razonables y ayudas y servicios adecuados a las personas con discapacidad. Estos incluyen: (1) Intérpretes calificados. (2) Materiales en otros formatos, como en letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, braille.
- Senior Whole Health of Massachusetts proporciona servicios lingüísticos para personas que hablan otro idioma o tienen conocimientos limitados del inglés. Estos incluyen: (1) Intérpretes de idiomas calificados. (2) Información traducida a su idioma.

Si necesita estos servicios, póngase en contacto con 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 cree que le 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 redactar su reclamación, le 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
Sitio web: https://molinahealthcare.Alertline.com

También puede presentar una queja (reclamación) sobre derechos civiles ante la U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, (Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos) de los EE. UU. de manera electrónica a través del Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo postal o teléfono a:

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