

## 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 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.

<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 3	01/01/2025
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 3	05/01/2025
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	Descontinuación 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	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 5	02/01/2025
ENDARI POW 5 GM	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	L-GLUTAMINE POW 5 GM	Categoría 5	01/01/2025
ERYTHROCIN TAB 250 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	ERYTHROMYCIN TAB 250 MG BS	Categoría 4	01/01/2025
FENTANYL OT LOZ	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	MORPHINE SULFATE TAB	Categoría 3	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>
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 3	05/01/2025
LEUKERAN TAB 2 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Medicare ya no lo cubrirá	Consulte a su proveedor de atención médica		01/01/2025
LIBERVANT FILM	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	VALTOCO LIQD	Categoría 4	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 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-25 MCG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	KAITLIB FE TAB CHEWABLE 0.8 MG-25 MCG	Categoría 3	05/01/2025
NORETHINDRONE ACETATE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1.5 MG-30 MCG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	MICROGESTIN TAB 1.5 MG/30 MCG	Categoría 3	07/01/2025
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 2	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>
PREHEVBRIIO 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 4	01/01/2025
SELZENTRY TAB 25 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	SELZENTRY SOL 20 MG/ML	Categoría 5	02/01/2025
SELZENTRY TAB 75 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	SELZENTRY SOL 20 MG/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 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 3	01/01/2025
VRAYLAR CAP 1.5-3 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación por el fabricante	VRAYLAR CAP	Categoría 5	02/01/2025
ZERVIAE DRO 0.24 %	Eliminación del medicamento del formulario	Medicare ya no lo cubrirá	AZELASTINE DRO 0.05 %	Categoría 2	01/01/2025

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
ZYPREXA RELPREVV INJ	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación 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 farmacológica. 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.

## AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

**Senior Whole Health of New York** cumple las leyes federales sobre derechos civiles. **Senior Whole Health of New York** no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color de piel, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

**Senior Whole Health of New York** proporciona lo siguiente:

- Asistencia y servicios gratuitos para personas con discapacidades para comunicarse con nosotros, por ejemplo:
  - Intérpretes calificados en lenguaje de señas.
  - Información escrita en otros formatos (letra de molde grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Servicios de idioma gratuitos para personas cuya lengua materna no sea inglés, por ejemplo:
  - Intérpretes calificados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame a **Senior Whole Health of New York** al 833-671-0440. Para servicios de TTY/TDD, llame al 711.

Si cree que **Senior Whole Health of New York** no le proporcionó estos servicios o le trató de forma diferente por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una reclamación ante **Senior Whole Health of New York** de la siguiente manera:

Correo postal: 15 Metrotech Center 11th Floor, Brooklyn, New York 11201,  
Teléfono: 877-353-0185 (para servicios de TTY/TDD, llame al 711)  
Fax: 855-838-7998  
En persona: 15 Metrotech Center, 11th Floor, Brooklyn, New York 11201  
Correo electrónico: [SWHNYGandA@MolinaHealthcare.com](mailto:SWHNYGandA@MolinaHealthcare.com)

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Office for Civil Rights del U.S. Department of Health and Human Services (Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos) de las siguientes maneras:

Sitio web: El Portal de Quejas de la Office for Civil Rights en

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Correo postal: U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue SW., Room 509F, HHH Building  
Washington, DC 20201

Los formularios de quejas se encuentran disponibles en

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Teléfono: 1-800-368-1019 (TTY/TDD: 800-537-7697)

ATTENTION: Language assistance services, free of charge, are available to you. Call 877-353-0185 TTY/TDD 711.	Inglés
ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 877-353-0185 TTY/TDD 711.	Español
注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 877-353-0185 TTY/TDD 711.	Chino Mandarín
ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 877-353-0185 TTY/TDD 711 (رقم هاتف الصم والبكم)	Árabe
주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다 877-353-0185 TTY/TDD 711 번으로 전화해 주십시오.	Coreano
ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 877-353-0185 (телетайп: TTY/TDD 711).	Ruso
ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 877-353-0185 TTY/TDD 711.	Italiano
ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 877-353-0185 TTY/TDD 711.	Francés
ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 877-353-0185 TTY/TDD 711.	French Creole
אויפמערקזאם: אויב איר רעדט אידיש, זענען פארהאן פאר אייך שפראך הילף סערוויסעס פריי פון אפצאל. רופט 877-353-0185 TTY/TDD 711.	Yídish
UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 877-353-0185 TTY/TDD 711	Polaco
PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 877-353-0185 TTY/TDD 711.	Tagalog
লক্ষ্য করুন: যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন ১-৮৭৭-৩৫৩-০১৮৫ TTY/TDD 711	Bengalí
KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 877-353-0185 TTY/TDD 711.	Albanés
ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 877-353-0185 TTY/TDD 711.	Griego
خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں-877-353-0185 TTY/TDD 711	Urdu