Cambios al 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 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.

El Dual Special Needs Plan (DSNP) de Molina Healthcare combina Medicaid y Medicare en un solo plan Medicare Advantage.

Molina Healthcare es un D-SNP con un contrato de Medicare. Los planes D-SNP tienen un contrato con el programa Cardinal Care Medicaid del Department of Medical Assistance Services (Departamento de Servicios de Asistencia Médica) de Virginia. La inscripción depende de la renovación del contrato.

Aviso de no discriminación – Sección 1557
Molina Healthcare - Medicare

Molina Healthcare 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, Molina Healthcare proporciona los siguientes servicios sin costo alguno y de manera oportuna:

- Molina Healthcare realiza las adaptaciones pertinentes y proporciona ayuda y servicios adecuados a las personas con discapacidades. Estos incluyen: (1) Intérpretes calificados. (2) Materiales en otros formatos, como en letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, braille.

- Molina Healthcare 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

Usted dispone de asistencia y servicios gratuitos, como intérpretes de lenguaje de señas e información escrita en formatos alternativos. Llame al 1-800-424-4495 (TTY: 711).

English:

We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-424-4495. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish:

Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-424-4495. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin:

我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑 问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-424-4495 。我们的中文工作人员很乐意帮助您。 这是一项免费服务。

Chinese Cantonese:

您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯 服務。如需翻譯服務，請致 電 1-800-424-4495 。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這 是一項免費服務。

Tagalog:

Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-424-4495. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French:

Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-424-4495. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese:

Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quí vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-424-4495 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quí vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German:

Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-424-4495. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean:

당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-424-4495 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian:

Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-424-4495. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

:Arabic

الاتصال سوى عليك ما ،مترجم على للحصول .الدوائية أو الصحية خطتنا حول لديك تكون قد أسئلة أي على للإجابة مجانية ترجمة خدمات لدينا مجانية خدمة هذه .مساعدتك العربية يتحدث لشخص يمكن .1-800-424-4495 الرقم على بنا.

Hindi:

हमारे □ा◌या दवा की योजना के बारे में आपके ◌िकसी भी प्र□ के जवाब देन के ◌िलए हमारे पास मु□ दभा◌िषया सवाएँ उपल□ हैं. एक दभा◌िषया प्रा□ करने के ◌िलए, बस हमें 1-800-424-4495 पर फोन करें. कोई ◌◌◌ जो◌िह□◌ी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मु□ सेवा है.

Italian:

È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-424-4495. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese:

Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-424-4495. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole:

Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-424-4495. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish:

Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-424-4495. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese:

当社の健康　健康保険と薬品　処方薬プランに関するご質問にお答えするため　に、無料の通訳サービスがありますございます。通訳をご用命になるには、1-800-424-4495　にお電話ください。日本語を話す人 者 が支援いたします。これは無料のサー ビスです。

Bengali:

আমাে◌দর □◌া□◌্য বা ওষধ ি◌বষয়ক পিরক□না স□◌েক আপনার ◌েকানও □◌ে□র উ□র ি◌দেত আমাে◌দর কা◌েছিবনামেল্য ◌েদাভাষীর পিরেষবা রেয়েছ। ◌েকানও ◌েদাভাষী ◌েপেত, আমাে◌দর 1-800-424-4495 ন□◌ের
◌েফান ক□ন। বাংলাবলেত পা◌েরন এমন ◌েকউ আপনা◌েক সাহায্য করেত পা◌েরন। এ□ট এক□ট ি◌বনামেল্যর পিরেষবা।

Urdu:

ہمارے ہیلتھ یا ڈرگ پلان کے بارے میں آپ کے کسی بھی سوال کا جواب دینے کے لیے ہمارے پاس مفت ترجمان کی خدمات ہیں۔ مترجم حاصل کرنے کے لیے، ہمیں صرف 1-800-424-4495 پر کال کریں۔ کوئی اردو بولنے والا آپ کی مدد کر سکتا ہے۔ یہ ایک مفت سروس ہے۔

Farsi:

ما خدمات مترجم رایگان داریم تا به هر سؤالی که ممکن است در مورد طرح سلامت یا داروی خود داشته باشید پاسخ دهیم. برای دریافت مترجم، فقط با شماره 1-800-424-4495 تماس بگیرید. کسی که فارسی صحبت می کند می تواند به شما کمک کند. این یک سرویس رایگان است.

Telugu:

మా ఆరోగ్యం లేదా ఔషధ ప్రణాళిక గురించి మీకు ఏవైనా ప్రశ్నలు ఉంటే సమాధానం ఇవ్వడానికి మా వద్ద ఉచిత ఇంటర్ప్రెటర్ సేవలు ఉన్నాయి. ఇంటర్ప్రెటర్ పొందడానికి, 1-800-424-4495కు కాల్ చేయండి. నేపాలీ మాట్లాడే ఎవరైనా మీకు సహాయం చేయగలరు. ఇది ఉచిత సేవ.

Nepali:

हाम्रो स्वास्थ्य वा औषधि योजनाको बारेमा तपाईंको कुनै पनि प्रश्नको जवाफ दिन हामीसँग नि:शुल्क दोभाषे सेवाहरू छन्। दोभाषे प्राप्त गर्न, हामीलाई 1-800-484-4495 मा कल गर्नुहोस्। नेपाली बोल्ने कोहीले तपाईंलाई मद्दत गर्न सक्छ। यो नि:शुल्क सेवा हो।