

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 que tiene las mismas restricciones o menos. O, al agregar el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente pasarlo a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones. Es posible que no le avisemos antes de realizar ese cambio, pero 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 vigencia o cuando el miembro solicita un reabastecimiento 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 la restricción de medicamentos según el tipo de cambio, es posible que se deban considerar otras opciones. Por ejemplo:

Usted puede utilizar otro medicamento de nuestra Lista de Medicamentos para tratar su afección médica. Los medicamentos alternativos se indican a continuación con el objetivo de ayudar a su recetador con la búsqueda de un medicamento cubierto que pueda funcionar para usted. Pregunte a su recetador si uno de los posibles medicamentos alternativos es adecuado para usted.

Usted, su recetador 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 1-800-665-3086, (TTY: 711), del 1 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora local, y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 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 alternativo*	Categoría del medicamento alternativo	Fecha de vigencia
CAZIAN T PAK	Eliminación del medicamentos del formulario	Discontinuación por el fabricante	VELIVET PAK	Nivel 2	01/01/2023
DALIRESP TAB	Eliminación del medicamentos del formulario	Medicamento genérico disponible	ROFLUMILAST TAB	Nivel 2	06/01/2023
DIGOX TAB 0.125MG	Eliminación del medicamentos del formulario	Discontinuación por el fabricante	DIGOXIN TAB 0.125MG	Nivel 2	01/01/2023
DIGOX TAB 0.25MG	Eliminación del medicamentos del formulario	Discontinuación por el fabricante	DIGOXIN TAB 0.25MG	Nivel 2	01/01/2023
ELLA TAB 30MG	Eliminación del medicamentos del formulario	Medicare ya no cubrirá	Consulte a su proveedor de atención médica		04/01/2023
ESBRIET CAP 267MG	Eliminación del medicamentos del formulario	Medicamento genérico disponible	PIRFENIDONE CAP 267 MG	Nivel 5	06/01/2023
GILENYA CAP 0.5MG	Eliminación del medicamentos del formulario	Medicamento genérico disponible	FINGOLIMOD CAP 0.5MG	Nivel 5	06/01/2023
HETLIOZ CAP 20MG	Eliminación del medicamentos del formulario	Medicamento genérico disponible	TASIMELTEON CAP 20MG	Nivel 5	06/01/2023
LARISSIA TAB	Eliminación del medicamentos del formulario	Discontinuación por el fabricante	AVIANE TAB	Nivel 2	02/01/2023
NORVIR SOLN 80MG/ML	Eliminación del medicamentos del formulario	Discontinuación por el fabricante	NORVIR PACKET 100MG	Nivel 4	04/01/2023
PASER PACKETS 4GM	Eliminación del medicamentos del formulario	Discontinuación por el fabricante	Consulte a su proveedor de atención médica		03/01/2023

Nombre del medicamento afectado	Descripción del cambio	Motivo del cambio	Medicamento alternativo*	Categoría del medicamento alternativo	Fecha de vigencia
PRENATAL VIT TAB LOW IRON	Eliminación del medicamentos del formulario	Discontinuación por el fabricante	PRENATAL TAB 27-1MG	Nivel 3	03/01/2023
ROSADAN CREAM 0.75%	Eliminación del medicamentos del formulario	Discontinuación por el fabricante	METRONIDAZOLE CREAM 0.75%	Nivel 2	03/01/2023

* Los medicamentos alternativos son medicamentos que usted podría considerar con su recetador. Solo su recetador puede determinar si los medicamentos alternativos son adecuados para usted en función de la naturaleza personalizada de la terapia con medicamentos. Consulte a su recetador para confirmar si este es un medicamento adecuado para usted.

Puede solicitar este documento sin costo alguno en otros idiomas que no sean inglés o en otros formatos, tales como braille, audio o letra grande. Llame al 1-800-665-3086. Esta llamada es gratuita.

Molina Healthcare cumple con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad, religión, género, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, recepción de atención médica, experiencia de reclamaciones, historial médico, información genética, evidencia de asegurabilidad o ubicación geográfica.

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