

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 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 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 su médico a encontrar un medicamento cubierto que pueda funcionar para usted. Pregunte a su médico si alguno de los posibles medicamentos alternativos es adecuado para usted.

Usted, su médico prescriptor 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 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 afectarlo.

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
AMABELZ TAB 0.5-0.1 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	ESTRADIOL & NORETHINDRONE ACETATE TAB 0.5-0.1 MG	Categoría 1	07/01/2024
AMABELZ TAB 1-0.5 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	ESTRADIOL & NORETHINDRONE ACETATE TAB 1-0.5 MG; MIMVEY TAB 1-0.5 MG	Categoría 1	03/01/2024
CEFACTOR SUS 125/5 ML	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	CEFACTOR SUS 250 MG/5 ML	Categoría 1	02/01/2024
CEFACTOR SUS 375/5 ML	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	CEFACTOR SUS 250 MG/5 ML	Categoría 1	02/01/2024
CEFTAZIDIME/ SOL D5W 1 GM	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	CEFTAZIDIME INJ	Categoría 1	02/01/2024
CEFTAZIDIME/ SOL D5W 2 GM	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	CEFTAZIDIME INJ	Categoría 1	02/01/2024
CIPROFLOXACIN HCL TAB 100 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	CIPROFLOXACIN HCL TAB 250 MG	Categoría 1	02/01/2024
CLINDAMYCIN INJ 300 MG/2 ML	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	CLINDAMYCIN INJ 600 MG/4 ML	Categoría 1	02/01/2024
EMCYT CAP 140 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	Consulte a su proveedor de atención médica		05/01/2024

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
FLEBOGAMMA DIF INJ 10 GM/100 ML	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	BIVIGAM INJ 10 GM/100 ML; GAMMAPLEX INJ 10 GM/100 ML; OCTAGAM INJ 10 GM/100 ML; PRIVIGEN INJ 10 GM/100 ML	Categoría 1	03/01/2024
FLEBOGAMMA DIF INJ 2.5 GM/50 ML	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	OCTAGAM INJ 2.5 GM/50 ML	Categoría 1	03/01/2024
FLEBOGAMMA DIF INJ 20 GM/200 ML	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	GAMMAPLEX INJ 20 GM/200 ML; OCTAGAM INJ 20 GM/200 ML; PRIVIGEN INJ 20 GM/200 ML	Categoría 1	03/01/2024
FLEBOGAMMA DIF INJ 5 GM/50 ML	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	BIVIGAM INJ 5 GM/50 ML; GAMMAPLEX INJ 5 GM/50 ML; OCTAGAM INJ 5 GM/50 ML; PRIVIGEN INJ 5 GM/50 ML	Categoría 1	03/01/2024
GVOKE PFS INJ PREF SYRINGE 0.5 MG/0.1 ML	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	GVOKE PFS INJ PREF SYRINGE 1 MG/0.2 ML; GVOKE HYOPEN; GVOKE KIT	Categoría 1	03/01/2024
HUMIRA PEN INJ CD/UC/HS	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	HUMIRA PEN INJ 40 MG/0.8 ML	Categoría 1	04/01/2024
NEVIRAPINE TAB ER 100 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	NEVIRAPINE TAB ER 400 MG	Categoría 1	02/01/2024

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
OLOPATADINE DROPS 0.1 %	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	AZELASTINE HCL OPHTH SOLN 0.05 %	Categoría 1	02/01/2024
PAROMOMYCIN CAP 250 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	Consulte a su proveedor de atención médica		04/01/2024
PENICILLIN G PROCAINE INJ SUSP 600000 UNIT/ML	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	PENICILLIN G POTASSIUM INJ SOLR 5000000 UNIT, 20000000 UNIT	Categoría 1	03/01/2024
RISPERDAL CONSTA INJ 12.5 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	RISPERIDONE INJ 12.5 MG ER	Categoría 1	05/01/2024
RISPERDAL CONSTA INJ 25 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	RISPERIDONE INJ 25 MG ER	Categoría 1	05/01/2024
RISPERDAL CONSTA INJ 37.5 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	RISPERIDONE INJ 37.5 MG ER	Categoría 1	05/01/2024
RISPERDAL CONSTA INJ 50 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	RISPERIDONE INJ 50 MG ER	Categoría 1	05/01/2024
STAVUDINE CAP	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	ABACAVIR TAB; EMTRICITABINE CAP; LAMIVUDINE 150 MG, 300 MG TAB; ZIDOVUDINE TAB	Categoría 1	01/01/2024
SYMJEPI INJ 0.15 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	EPINEPHRINE INJ 0.15 MG	Categoría 1	02/01/2024

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
SYMJEPI INJ 0.3 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	EPINEPHRINE INJ 0.3 MG	Categoría 1	02/01/2024
SYNRIBO INJ 3.5 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	ICLUSIG TAB; SCEMBLIX TAB	Categoría 1	02/01/2024
TRICARE TAB PRENATAL	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	PRENATAL TAB 27-1 MG	Categoría 1	01/01/2024
VANADOM TAB 350 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	CARISOPRODOL TAB 350 MG	Categoría 1	03/01/2024
VOTRIENT TAB 200 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	PAZOPANIB HCL TAB 200 MG	Categoría 1	05/01/2024
VRAYLAR CAP 1.5-3 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	VRAYLAR CAP	Categoría 1	06/01/2024

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

Molina Healthcare cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables 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 en reclamaciones, historia clínica, información genética, evidencia de asegurabilidad, ubicación geográfica.

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