

Próximos cambios en el Formulario de Molina Medicare Complete Care HMO SNP

Molina Medicare Complete Care puede eliminar de inmediato un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos por un nuevo medicamento genérico que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel inferior y con las mismas restricciones o menos restricciones. 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 por un cambio en la cobertura o restricción de medicamentos, usted o su médico que emite sus recetas pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de la manera que le gustaría. 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 de octubre al 31 de marzo, los 7 días de la semana, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local, y del 1 de abril al 30 de septiembre, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m., hora local.

La siguiente tabla describe los próximos cambios en nuestro formulario que pueden afectarlo.

Nombre del medicamento afectado	Descripción del cambio	Motivo del cambio	Medicamento alternativo	Copago del medicamento alternativo*	Fecha de vigencia
AMINOSYN II INJ 10%	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	PREMASOL SOLN 10%	Nivel 4	1/1/2021

Nombre del medicamento afectado	Descripción del cambio	Motivo del cambio	Medicamento alternativo	Copago del medicamento alternativo*	Fecha de vigencia
ATRIPLA TAB	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	EFAVIRENZ-EMTRICITABINE-TENOFOVIR DF TAB 600-200-300MG	Nivel 5	1/1/2021
CIPRODEX SUSP 0.3-0.1%	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	CIPROFLOXACIN-DEXAMETHASONE OTIC SUSP 0.3-0.1%	Nivel 3	1/1/2021
COLOCORT ENEMA 100MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	HYDROCORTISONE ENEMA 100 MG/60ML	Nivel 4	1/1/2021
COUMADIN TAB	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	WARFARIN TAB	Nivel 1	1/1/2021
D5W/NACL INJ 0.225%	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	D5W/NACL INJ 0.2%	Nivel 3	1/1/2021
DEPO-PROVERA INJ 400/ML	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	Consulte a su proveedor de atención médica		2/1/2021
DOCETAXEL INJ 200MG/10ML	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	DOCETAXEL INJ 160MG/8ML	Nivel 5	2/1/2021
EMTRIVA CAP 200MG	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	EMTRICITABINE CAP 200 MG	Nivel 3	1/1/2021
JADENU SPRINKLE GRANULES	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	DEFERASIROX GRANULES PACKET	Nivel 5	1/1/2021
JUXTAPID CAP 40MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	JUXTAPID CAP 20MG	Nivel 5	1/1/2021
JUXTAPID CAP 60MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	JUXTAPID CAP 20MG	Nivel 5	1/1/2021

Nombre del medicamento afectado	Descripción del cambio	Motivo del cambio	Medicamento alternativo	Copago del medicamento alternativo*	Fecha de vigencia
KIONEX SUSP 15GM/60	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	SPS SUS 15GM/60	Nivel 3	2/1/2021
KLOR-CON SPRINKLE CAP ER	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	POTASSIUM CHLORIDE CAP ER	Nivel 3	2/1/2021
LORCET HD TAB 10-325MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN TAB 10-325MG	Nivel 3	1/1/2021
LORCET PLUS TAB 7.5-325MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN TAB 7.5-325MG	Nivel 3	1/1/2021
LORCET TAB 5-325MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN TAB 5-325MG	Nivel 3	1/1/2021
METOPROLOL INJ 1MG/ML	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	METOPROLOL INJ 5MG/5ML	Nivel 3	2/1/2021
NORMOSOL -R INJ	Eliminación del medicamento del formulario	Medicare ya no cubrirá	ISOLYTE-S INJ	Nivel 4	1/1/2021
ONE VITE TAB 1MG PLUS	Eliminación del medicamento del formulario	Medicare ya no cubrirá	PRENATAL TAB 27-1MG	Nivel 3	1/1/2021
PEGASYS INJ PROCLICK	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	PEGASYS INJ	Nivel 5	2/1/2021
ROWEEPRAXR TAB	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	LEVETIRACETAM TAB ER 24HR	Nivel 3	2/1/2021

Nombre del medicamento afectado	Descripción del cambio	Motivo del cambio	Medicamento alternativo	Copago del medicamento alternativo*	Fecha de vigencia
SODIUM POLYSTYRENE SULFONATE ORAL SUSP 15 GM/60ML	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	SPS SUS 15GM/60	Nivel 3	2/1/2021
SYLATRON KIT	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	INTRON A INJ	Nivel 5	1/1/2021
TRUVADA TAB 200-300MG	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	EMTRICITABINE-TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE TAB 200-300MG	Nivel 5	1/1/2021

*Los medicamentos alternativos son medicamentos en la misma categoría/clase terapéutica o nivel de costo compartido que el medicamento afectado. Solo su médico puede determinar si una de las alternativas enumeradas aquí es apropiada 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.

Esta información está disponible en otros formatos, como braille, audio y letra grande.

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.