

Próximos cambios en la Lista de medicamentos del Plan Molina Dual Options MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid)

Molina Dual Options MyCare Ohio puede eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si ocurre lo siguiente:

- Un nuevo medicamento genérico está disponible. Podemos eliminar el medicamento de marca si lo reemplazamos por un nuevo medicamento genérico que estará en el mismo nivel con las mismas o menos restricciones.
 - Cuando incorporamos el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero pasarlo inmediatamente a un nivel más alto o agregar nuevas restricciones.
- Es posible que no le avisemos antes de realizar ese cambio, pero luego le enviaremos una notificación sobre los cambios que hemos realizado.

Podemos eliminar inmediatamente un medicamento de nuestra Lista de medicamentos y enviar un aviso a los miembros que toman ese medicamento en los siguientes casos:

- Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) determina que un medicamento que está tomando no es seguro.
- O si el fabricante del medicamento retira el medicamento del mercado.

Antes de realizar otros cambios en nuestra Lista de medicamentos que puedan afectar a los miembros que actualmente toman un medicamento, notificaremos a los miembros al menos 30 días antes de realizar el cambio o cuando el miembro solicite un reabastecimiento del medicamento. El miembro recibirá un suministro para 60 días del medicamento.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura o las restricciones de los medicamentos, usted o su médico pueden solicitarnos que hagamos una excepción. El aviso que le enviamos le explicará los pasos para solicitar una excepción. Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura y cómo solicitar una excepción, consulte su Manual del Miembro. Llame al Departamento de Servicios para Miembros al (855) 665-4623, (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local, si tiene dudas.

La siguiente tabla describe los próximos cambios en nuestra Lista de medicamentos que pueden afectarlo.

Nombre del medicamento afectado	Descripción del cambio	Motivo del cambio	Medicamento alternativo	Copago del medicamento alternativo*	Fecha de vigencia
ALBUTEROL TAB ER	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	ALBUTEROL TAB	Nivel 1	8/1/2021
ALINIA SUSP 100/5ML	Eliminación del medicamento del formulario	Medicare ya no cubrirá	NITAZOXANIDE TAB 500MG	Nivel 2	8/1/2021
ALINIA TAB 500MG	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	NITAZOXANIDE TAB 500MG	Nivel 2	5/1/2021
AMINOSYN II INJ 10%	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	PREMASOL SOLN 10%	Nivel 2	1/1/2021
ANADROL-50 TAB 50MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	PROCRIT INJ	Nivel 2	5/1/2021
ATRIPLA TAB	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	EFAVIRENZ-EMTRICITABINE-TENOFOVIR DF TAB 600-200-300MG	Nivel 2	1/1/2021
BANZEL SUSP 40MG/ML	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	RUFINAMIDE SUS 40MG/ML	Nivel 2	5/1/2021
CAPTOPRIL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	LISINOPRIL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB	Nivel 1	8/1/2021
CIPRODEX SUSP 0.3-0.1%	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	CIPROFLOXACIN-DEXAMETHASONE OTIC SUSP 0.3-0.1%	Nivel 1	1/1/2021
CLOVIQUE CAP 250MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	TRIENTINE CAP 250MG	Nivel 2	10/1/2021
COLOCORT ENEMA 100MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	HYDROCORTISONE ENEMA 100 MG/60ML	Nivel 1	1/1/2021

Nombre del medicamento afectado	Descripción del cambio	Motivo del cambio	Medicamento alternativo	Copago del medicamento alternativo*	Fecha de vigencia
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 1	1/1/2021
DEMSER CAP 250MG	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	METYROSINE CAP 250MG	Nivel 2	5/1/2021
DEPO-PROVERA INJ 400/ML	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	Consulte a su proveedor de atención médica		2/1/2021
DIDANOSINE CAP 200MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	ABACAVIR TAB 300MG	Nivel 1	4/1/2021
DIDANOSINE CAP 250MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	ABACAVIR TAB 300MG	Nivel 1	4/1/2021
DIDANOSINE CAP 400MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	ABACAVIR TAB 300MG	Nivel 1	4/1/2021
DOCETAXEL INJ 200MG/10ML	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	DOCETAXEL INJ 160MG/8ML	Nivel 2	2/1/2021
EMTRIVA CAP 200MG	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	EMTRICITABINE CAP 200 MG	Nivel 1	1/1/2021
FREAMINE HBC INJ 6.9%	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	FREAMINE III INJ 10%	Nivel 2	12/1/2021
GLEOSTINE CAP	Eliminación del medicamento del formulario	Medicare ya no cubrirá	Consulte a su proveedor de atención médica		2/1/2021

Nombre del medicamento afectado	Descripción del cambio	Motivo del cambio	Medicamento alternativo	Copago del medicamento alternativo*	Fecha de vigencia
HUMIRA INJ 10MG/0.2ML	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	HUMIRA INJ 10/0.1ML	Nivel 2	3/1/2021
HUMIRA KIT 20MG/0.4ML	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	HUMIRA INJ 20/0.2ML	Nivel 2	3/1/2021
IVERMECTIN TAB 3MG	Autorización previa agregada**	PA agregada para asegurar que su uso es para una indicación cubierta por la Parte D	Consulte a su proveedor de atención médica		11/1/2021
JADENU SPRINKLE GRANULES	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	DEFERASIROX GRANULES PACKET	Nivel 2	1/1/2021
JUXTAPID CAP 40MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	JUXTAPID CAP 20MG	Nivel 2	1/1/2021
JUXTAPID CAP 60MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	JUXTAPID CAP 20MG	Nivel 2	1/1/2021
KIONEX SUSP 15GM/60	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	SPS SUS 15GM/60	Nivel 1	2/1/2021
KLOR-CON SPRINKLE CAP ER	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	POTASSIUM CHLORIDE CAP ER	Nivel 1	2/1/2021
KUVAN POWDER	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	SAPROPTERIN POWDER	Nivel 2	5/1/2021
KUVAN TAB 100MG	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	SAPROPTERIN TAB 100MG	Nivel 2	5/1/2021
LORCET HD TAB 10-325MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN TAB 10-325MG	Nivel 1	1/1/2021

Nombre del medicamento afectado	Descripción del cambio	Motivo del cambio	Medicamento alternativo	Copago del medicamento alternativo*	Fecha de vigencia
LORCET PLUS TAB 7.5-325MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN TAB 7.5-325MG	Nivel 1	1/1/2021
LORCET TAB 5-325MG	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN TAB 5-325MG	Nivel 1	1/1/2021
MAPROTILINE TAB	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	MIRTAZAPINE TAB 15MG	Nivel 1	9/1/2021
METOPROLOL INJ 1MG/ML	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	METOPROLOL INJ 5MG/5ML	Nivel 1	2/1/2021
MINITRAN TD PATCH 24HR	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	NITROGLYCERIN TD PATCH 24HR	Nivel 1	12/1/2021
NEPHRAMINE INJ 5.4%	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	PROSOL INJ 20%	Nivel 2	6/1/2021
NORMOSOL -M INJ /D5W	Eliminación del medicamento del formulario	Medicare ya no cubrirá	ISOLYTE-P INJ /D5W	Nivel 2	5/1/2021
NORMOSOL -R INJ	Eliminación del medicamento del formulario	Medicare ya no cubrirá	ISOLYTE-S INJ	Nivel 2	1/1/2021
ONE VITE TAB 1MG PLUS	Eliminación del medicamento del formulario	Medicare ya no cubrirá	PRENATAL TAB 27-1MG	Nivel 2	1/1/2021
PEGASYS INJ PROCLICK	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	PEGASYS INJ	Nivel 2	2/1/2021
PHOSPHOLINE SOLN 0.125%OP	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	PILOCARPINE OPHTH SOLN	Nivel 1	8/1/2021

Nombre del medicamento afectado	Descripción del cambio	Motivo del cambio	Medicamento alternativo	Copago del medicamento alternativo*	Fecha de vigencia
PROPRANOLOL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	METOPROLOL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB	Nivel 1	9/1/2021
ROWEEPRAXR TAB	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	LEVETIRACETAM TAB ER 24HR	Nivel 1	2/1/2021
SAPHRIS SL TAB	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	ASENAPINE MALEATE SL TAB	Nivel 1	5/1/2021
SODIUM POLYSTYRENE SULFONATE ORAL SUSP 15 GM/60ML	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	SPS SUS 15GM/60	Nivel 1	2/1/2021
SUMATRIPTAN PREFILLED SYRINGE 6 MG/0.5ML	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	SUMATRIPTAN AUTO-INJECTOR 6 MG/0.5ML	Nivel 1	6/1/2021
SYLATRON KIT	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	INTRON A INJ	Nivel 2	1/1/2021
SYMFI LO TAB	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	EFAVIRENZ-LAMIVUDINE-TENOFOVIR DF TAB 400-300-300MG	Nivel 2	5/1/2021
SYMFI TAB	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	EFAVIRENZ-LAMIVUDINE-TENOFOVIR DF TAB 600-300-300MG	Nivel 2	5/1/2021
TRILYTE SOLN	Eliminación del medicamento del formulario	Discontinuación por el fabricante	GAVILYTE-N SOL FLAVOR PACK	Nivel 1	10/1/2021
TRUVADA TAB 133-200	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	EMTRICITABINE-TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE TAB 133-200	Nivel 2	5/1/2021
TRUVADA TAB 100-150	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	EMTRICITABINE-TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE TAB 100-150	Nivel 2	5/1/2021

Nombre del medicamento afectado	Descripción del cambio	Motivo del cambio	Medicamento alternativo	Copago del medicamento alternativo*	Fecha de vigencia
TRUVADA TAB 167-250	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	EMTRICITABINE-TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE TAB 167-250	Nivel 2	5/1/2021
TRUVADA TAB 200-300MG	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	EMTRICITABINE-TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE TAB 200-300MG	Nivel 2	1/1/2021
TYKERB TAB 250MG	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	LAPATINIB TAB 250MG	Nivel 2	5/1/2021

*Los medicamentos alternativos son medicamentos en la misma categoría/clase terapéutica que el medicamento afectado. Solo su médico puede decidir si una de las alternativas enumeradas aquí es adecuada para usted. Consulte a su médico para verificar si es el medicamento adecuado para usted.

Molina Dual Options MyCare Ohio (Plan Medicare-Medicaid) es un plan de salud con contratos con Medicare y Medicaid de Ohio para proporcionar los beneficios de ambos programas a las personas inscritas.

Puede solicitar este documento sin costo alguno en otros formatos, como braille, audio o letra grande. Llame al (855) 665-4623, TTY: 711, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., hora local. Esta llamada es gratuita.