

Cambios en el Formulario de Healthfirst

Healthfirst puede eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos con un medicamento genérico nuevo en el mismo nivel de costos compartidos o en un nivel de costos compartidos más bajo y con las mismas o menos restricciones. O bien, cuando agregamos el medicamento genérico nuevo, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente moverlo a un nivel de costos compartidos diferente o agregar nuevas restricciones. Es posible que no le informemos con anticipación antes de hacer este cambio, pero luego le proporcionaremos información sobre el cambio o los cambios específicos que hayamos hecho. Además, si la Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés) considera que un medicamento de nuestro formulario es inseguro o el fabricante del medicamento lo retira del mercado, podemos quitar dicho medicamento de nuestro formulario de inmediato y avisaremos a los miembros que lo toman.

Antes de que apliquemos otros cambios durante el año en nuestra Lista de medicamentos que afecten a los miembros que actualmente están tomando un medicamento y que requieran que les avisemos por adelantado, les proporcionaremos un aviso 30 días antes de que el cambio entre en vigencia, o en el momento en que el miembro solicite un resurtido del medicamento, momento en que el miembro recibirá un suministro para un mes del medicamento.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos o una restricción, usted o la persona que escribió la receta pueden solicitarnos que hagamos una excepción y sigamos cubriendo el medicamento de la manera en que usted lo desea. El aviso que le proporcionamos también incluirá información sobre los pasos que debe seguir 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 Atención al Cliente al 1-888-260-1010 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

La tabla a continuación detalla los cambios realizados en nuestro formulario que podrían afectarle.

Name of Affected Drug	Description of Change	Reason for Change	Alternative Drug(s) *	Alternative Drug(s) Cost-Sharing Tier	Effective Date
CAZIANP PAK	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	VELIVET PAK	Tier 3	01/01/2023
DALIRESP TAB	Deletion Of Drug From Formulary	Generic Available	ROFLUMILAST TAB	Tier 3	05/01/2023
DIGOX TAB 0.125MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	DIGOXIN TAB 0.125MG	Tier 2	01/01/2023

Name of Affected Drug	Description of Change	Reason for Change	Alternative Drug(s) *	Alternative Drug(s) Cost-Sharing Tier	Effective Date
DIGOX TAB 0.25MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	DIGOXIN TAB 0.25MG	Tier 2	01/01/2023
ESBRIET CAP 267MG	Deletion Of Drug From Formulary	Generic Available	PIRFENIDONE CAP 267 MG	Tier 5	05/01/2023
GILENYA CAP 0.5MG	Deletion Of Drug From Formulary	Generic Available	FINGOLIMOD CAP 0.5MG	Tier 5	05/01/2023
HETLIOZ CAP 20MG	Deletion Of Drug From Formulary	Generic Available	TASIMELTEON CAP 20MG	Tier 5	05/01/2023
LARISSIA TAB	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	AVIANE TAB	Tier 2	02/01/2023
PASER PACKETS 4GM	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	Consult Your Health Care Provider		03/01/2023
PRENATAL VIT TAB LOW IRON	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	PRENATAL TAB 27-1MG	Tier 3	03/01/2023
ROSADAN CREAM 0.75%	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	METRONIDAZOLE CREAM 0.75%	Tier 4	03/01/2023

*Los medicamentos alternativos son medicamentos de la misma categoría/clase terapéutica o nivel de costos compartidos que los medicamentos afectados. Solo su médico puede determinar si alguno de los medicamentos alternativos es apropiado para usted, dado el carácter individual del tratamiento con medicamentos. Consulte con su médico para confirmar si este es un medicamento apropiado para usted.

Healthfirst Health Plan, Inc. proporciona la cobertura.

Los beneficios, el formulario, la red de farmacias y/o los copagos/coseguros pueden cambiar el 1 de enero de 2023 y de vez en cuando durante el año.

Healthfirst cumple con las leyes federales de derechos civiles correspondientes y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-305-0408 (TTY 1-888-542-3821). 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-866-305-0408 (TTY 1-888-542-3821).