

## 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 1-855-771-1081 (Los usuarios de TTY deben llamar al 1-888-542-3821), las 24 horas del día, los 7 días de la semana para obtener más información.

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
AMINOSYN-PF INJ 7%	Deletion Of Drug From Formulary	Medicare Will No Longer Cover	TROPHAMINE INJ 10%	Tier 4	05/01/2022
BEKYREE TAB	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	KARIVA TAB 28 DAY	Tier 3	02/01/2022
BYSTOLICTAB	Deletion Of Drug From Formulary	Generic Available	NEBIVOLOL TAB	Tier 4	05/01/2022

Name of Affected Drug	Description of Change	Reason for Change	Alternative Drug(s) *	Alternative Drug(s) Cost-Sharing Tier	Effective Date
CHANTIX PAK 1MG	Deletion Of Drug From Formulary	Generic Available	VARENICLINE TAB 1MG	Tier 4	05/01/2022
CHANTIX TAB	Deletion Of Drug From Formulary	Generic Available	VARENICLINE TAB	Tier 4	05/01/2022
CYCLAFEM TAB 1/35	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	NORTREL TAB 1/35	Tier 2	02/01/2022
CYCLAFEM TAB 7/7/7	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	NORTREL TAB 7/7/7	Tier 2	02/01/2022
DEXILANT CAP DR	Deletion Of Drug From Formulary	Generic Available	DEXLANSOPRAZOLE CAP DR	Tier 4	08/01/2022
DUREZOL EMU 0.05%	Deletion Of Drug From Formulary	Generic Available	DIFLUPREDNATE EMU 0.05%	Tier 3	05/01/2022
FARYDAK CAP	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	XPOVIO PAK	Tier 5	06/01/2022
FREAMINE HBC INJ 6.9%	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	FREAMINE III INJ 10%	Tier 4	01/01/2022
INTELENCE TAB 100MG	Deletion Of Drug From Formulary	Generic Available	ETRAVIRINE TAB 100MG	Tier 5	01/01/2022
INTELENCE TAB 200MG	Deletion Of Drug From Formulary	Generic Available	ETRAVIRINE TAB 200MG	Tier 5	01/01/2022
IVERMECTIN TAB 3MG	Prior Authorization Added**	PA Added To Ensure Use Is For A Part D Covered Indication	Consult Your Health Care Provider		03/01/2022
KALETRA TAB 100-25MG	Deletion Of Drug From Formulary	Generic Available	LOPINA VIR-RITONAVIR TAB 100-25 MG	Tier 4	01/01/2022
KALETRA TAB 200-50MG	Deletion Of Drug From Formulary	Generic Available	LOPINA VIR-RITONAVIR TAB 200-50 MG	Tier 5	01/01/2022
MINITRAN TD PATCH	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	NITROGLYCERIN TD PATCH	Tier 3	02/01/2022
MONDOXYNE NL CAP 100MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	DOXYCYCLINE MONOHYDRATE CAP 100 MG	Tier 2	02/01/2022
NARCAN SPR	Deletion Of Drug From Formulary	Generic Available	NALOXONE HCL SPR	Tier 3	05/01/2022
PREVIFEM TAB	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	SPRINTEC 28 TAB 28 DAY	Tier 2	07/01/2022
SUTENT CAP	Deletion Of Drug From Formulary	Generic Available	SUNITINIB CAP	Tier 5	01/01/2022
TRILYTE SOLN	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	GAVILYTE-N SOLN FLAVOR PACK	Tier 2	01/01/2022
TRI-PREVIFEM TAB	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	TRI-SPRINTEC TAB	Tier 2	04/01/2022
UKONIQ TAB 200MG	Deletion Of Drug From Formulary	Market Removal	Consult Your Health Care Provider		08/01/2022
VIMPAT TAB	Deletion Of Drug From Formulary	Generic Available	LACOSAMIDE TAB	Tier 4	08/01/2022
XCOPRI TAB PACK 50-200MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	XCOPRI TAB	Tier 5	01/01/2022

Name of Affected Drug	Description of Change	Reason for Change	Alternative Drug(s) *	Alternative Drug(s) Cost-Sharing Tier	Effective Date
ZARAH TAB 3-0.03MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	SYEDA TAB 3-0.03MG	Tier 3	03/01/2022

\*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 2022 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).