

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.

Nombre del medicamento afectado	Descripción del cambio	Motivo del cambio	Medicamento alternativo	Copago* del medicamento alternativo	Fecha de entrada en vigencia
ALBUTEROL TAB ER	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	ALBUTEROL TAB	Tier 1	08/01/2021
ALINIA SUSP 100/5ML	Deletion Of Drug From Formulary	Medicare Will No Longer Cover	NITAZOXANIDE TAB 500MG	Tier 1	08/01/2021
ALINIA TAB 500MG	Deletion Of Drug From Formulary	Generic Available	NITAZOXANIDE TAB 500MG	Tier 1	05/01/2021
AMINOSYN II INJ 10%	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	PREMASOL SOLN 10%	Tier 1	01/01/2021
ANADROL-50 TAB 50MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	PROCRIT INJ	Tier 1	05/01/2021

Nombre del medicamento afectado	Descripción del cambio	Motivo del cambio	Medicamento alternativo	Copago* del medicamento alternativo	Fecha de entrada en vigencia
ATRIPLA TAB	Deletion Of Drug From Formulary	Generic Available	EFAVIRENZ-EMTRICITABINE-TENOFOVIR DF TAB 600-200-300MG	Tier 1	01/01/2021
BANZEL SUSP 40MG/ML	Deletion Of Drug From Formulary	Generic Available	RUFINAMIDE SUS 40MG/ML	Tier 1	05/01/2021
CAPTOPRIL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	LISINAPRIL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB	Tier 1	08/01/2021
CIPRODEX SUSP 0.3-0.1%	Deletion Of Drug From Formulary	Generic Available	CIPROFLOXACIN-DEXAMETHASONE OTIC SUSP 0.3-0.1%	Tier 1	01/01/2021
CLOVIQUE CAP 250MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	TRIENTINE CAP 250MG	Tier 1	10/01/2021
COLOCORT ENEMA 100MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	HYDROCORTISONE ENEMA 100 MG/60ML	Tier 1	01/01/2021
COUMADIN TAB	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	WARFARIN TAB	Tier 1	01/01/2021
D5W/NACL INJ 0.225%	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	D5W/NACL INJ 0.2%	Tier 1	01/01/2021
DEMSEER CAP 250MG	Deletion Of Drug From Formulary	Generic Available	METYROSINE CAP 250MG	Tier 1	05/01/2021
DEPO-PROVERA INJ 400/ML	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	Consult Your Health Care Provider		02/01/2021
DIDANOSINE CAP 200MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	ABACAVIR TAB 300MG	Tier 1	04/01/2021
DIDANOSINE CAP 250MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	ABACAVIR TAB 300MG	Tier 1	04/01/2021
DIDANOSINE CAP 400MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	ABACAVIR TAB 300MG	Tier 1	04/01/2021
DOCETAXEL INJ 200MG/10ML	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	DOCETAXEL INJ 160MG/8ML	Tier 1	02/01/2021
EMTRIVA CAP 200MG	Deletion Of Drug From Formulary	Generic Available	EMTRICITABINE CAP 200 MG	Tier 1	01/01/2021
FREAMINE HBC INJ 6.9%	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	FREAMINE III INJ 10%	Tier 1	12/01/2021
GLEOSTINE CAP	Deletion Of Drug From Formulary	Medicare Will No Longer Cover	Consult Your Health Care Provider		02/01/2021
HUMIRA INJ 10MG/0.2ML	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	HUMIRA INJ 10/0.1ML	Tier 1	03/01/2021
HUMIRA KIT 20MG/0.4ML	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	HUMIRA INJ 20/0.2ML	Tier 1	03/01/2021
IVERMECTIN TAB 3MG	Prior Authorization Added**	PA Added To Ensure Use Is For A Part D Covered Indication	Consult Your Health Care Provider		11/01/2021
JADENU SPRINKLE GRANULES	Deletion Of Drug From Formulary	Generic Available	DEFERASIROX GRANULES PACKET	Tier 1	01/01/2021
JUXTAPID CAP 40MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	JUXTAPID CAP 20MG	Tier 1	01/01/2021
JUXTAPID CAP 60MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	JUXTAPID CAP 20MG	Tier 1	01/01/2021
KIONEX SUSP 15GM/60	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	SPS SUS 15GM/60	Tier 1	02/01/2021
KLOR-CON SPRINKLE CAP ER	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	POTASSIUM CHLORIDE CAP ER	Tier 1	02/01/2021
KUVAN POWDER	Deletion Of Drug From Formulary	Generic Available	SAPROPTERIN POWDER	Tier 1	05/01/2021

Nombre del medicamento afectado	Descripción del cambio	Motivo del cambio	Medicamento alternativo	Copago* del medicamento alternativo	Fecha de entrada en vigencia
KUVAN TAB 100MG	Deletion Of Drug From Formulary	Generic Available	SAPROPTERIN TAB 100MG	Tier 1	05/01/2021
LORCET HD TAB 10-325MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN TAB 10-325MG	Tier 1	01/01/2021
LORCET PLUS TAB 7.5-325MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN TAB 7.5-325MG	Tier 1	01/01/2021
LORCET TAB 5-325MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN TAB 5-325MG	Tier 1	01/01/2021
MAPROTILINE TAB	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	MIRTAZAPINE TAB 15MG	Tier 1	09/01/2021
METOPROLOL INJ 1MG/ML	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	METOPROLOL INJ 5MG/5ML	Tier 1	02/01/2021
MINITRAN TD PATCH 24HR	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	NITROGLYCERIN TD PATCH 24HR	Tier 1	12/01/2021
NEPHRAMINE INJ 5.4%	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	PROSOL INJ 20%	Tier 1	06/01/2021
NORMOSOL -M INJ /D5W	Deletion Of Drug From Formulary	Medicare Will No Longer Cover	ISOLYTE-P INJ /D5W	Tier 1	05/01/2021
NORMOSOL -R INJ	Deletion Of Drug From Formulary	Medicare Will No Longer Cover	ISOLYTE-S INJ	Tier 1	01/01/2021
ONE VITE TAB 1MG PLUS	Deletion Of Drug From Formulary	Medicare Will No Longer Cover	PRENATAL TAB 27-1MG	Tier 1	01/01/2021
PEGASYS INJ PROCLICK	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	PEGASYS INJ	Tier 1	02/01/2021
PHOSPHOLINE SOLN 0.125%OP	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	PILOCARPINE OPTH SOLN	Tier 1	08/01/2021
PROPRANOLOL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	METOPROLOL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB	Tier 1	09/01/2021
ROWEEPRA XR TAB	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	LEVETIRACETAM TAB ER 24HR	Tier 1	02/01/2021
SAPHRIS SL TAB	Deletion Of Drug From Formulary	Generic Available	ASENAPINE MALEATE SL TAB	Tier 1	05/01/2021
SODIUM POLYSTYRENE SULFONATE ORAL SUSP 15 GM/60ML	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	SPS SUS 15GM/60	Tier 1	02/01/2021
SUMATRIPTAN PREFILLED SYRINGE 6 MG/0.5ML	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	SUMATRIPTAN AUTO-INJECTOR 6 MG/0.5ML	Tier 1	06/01/2021
SYLATRON KIT	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	INTRON A INJ	Tier 1	01/01/2021
SYMFI LO TAB	Deletion Of Drug From Formulary	Generic Available	EFAVIRENZ-LAMIVUDINE-TENOFOVIR DF TAB 400-300-300MG	Tier 1	05/01/2021
SYMFI TAB	Deletion Of Drug From Formulary	Generic Available	EFAVIRENZ-LAMIVUDINE-TENOFOVIR DF TAB 600-300-300MG	Tier 1	05/01/2021
TRILYTE SOLN	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	GAVILYTE-N SOL FLAVOR PACK	Tier 1	10/01/2021
TRUVADA TAB 133-200	Deletion Of Drug From Formulary	Generic Available	EMTRICITABINE-TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE TAB 133-200	Tier 1	05/01/2021
TRUVADA TAB 100-150	Deletion Of Drug From Formulary	Generic Available	EMTRICITABINE-TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE TAB 100-150	Tier 1	05/01/2021

Nombre del medicamento afectado	Descripción del cambio	Motivo del cambio	Medicamento alternativo	Copago* del medicamento alternativo	Fecha de entrada en vigencia
TRUVADA TAB 167-250	Deletion Of Drug From Formulary	Generic Available	EMTRICITABINE-TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE TAB 167-250	Tier 1	05/01/2021
TRUVADA TAB 200-300MG	Deletion Of Drug From Formulary	Generic Available	EMTRICITABINE-TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE TAB 200-300MG	Tier 1	01/01/2021
TYKERB TAB 250MG	Deletion Of Drug From Formulary	Generic Available	LAPATINIB TAB 250MG	Tier 1	05/01/2021

*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 2021 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).