

## Cambios en el Formulario del Plan Medicare 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 Servicios a los Miembros 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
ALINIA TABLETAS 500 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Genérico disponible	NITAZOXANIDA TABLETAS 500 MG	Nivel 5	05/01/2021

<b>Nombre del medicamento afectado</b>	<b>Descripción del cambio</b>	<b>Motivo del cambio</b>	<b>Medicamento alternativo</b>	<b>Copago* del medicamento alternativo</b>	<b>Fecha de entrada en vigencia</b>
AMINOSYN II INYECTABLE 10%	Eliminación del medicamento del formulario	Interrupción del fabricante	PREMASOL SOLUCIÓN 10%	Nivel 4	01/01/2021
ANADROL-50 TABLETAS 50 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Interrupción del fabricante	PROCRIT INYECTABLE	Nivel 5	05/01/2021
ATRIPLA TABLETAS	Eliminación del medicamento del formulario	Genérico disponible	EFAVIRENZ, EMTRICITABINA Y TENOFOVIR DF TABLETAS 600-200-300 MG	Nivel 5	01/01/2021
BANZEL SUSPENSIÓN 40 MG/ML	Eliminación del medicamento del formulario	Genérico disponible	RUFINAMIDA SUSPENSIÓN 40 MG/ML	Nivel 5	05/01/2021
CIPRODEX SUSPENSIÓN 0.3-0.1%	Eliminación del medicamento del formulario	Genérico disponible	CIPROFLOXACINA Y DEXAMETASONA SUSPENSIÓN OFTÁLMICA 0.3-0.1%	Nivel 3	01/01/2021
COLOCORT ENEMA 100 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Interrupción del fabricante	HIDROCORTISONA ENEMA 100 MG/60 ML	Nivel 4	01/01/2021
COUMADIN TABLETAS	Eliminación del medicamento del formulario	Interrupción del fabricante	WARFARINA TABLETAS	Nivel 1	01/01/2021
D5W/NACL INYECTABLE 0.225%	Eliminación del medicamento del formulario	Interrupción del fabricante	D5W/NACL INYECTABLE 0.2%	Nivel 3	01/01/2021
DEMSER CÁPSULAS 250 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Genérico disponible	METIROSINA CÁPSULAS 250 MG	Nivel 5	05/01/2021

<b>Nombre del medicamento afectado</b>	<b>Descripción del cambio</b>	<b>Motivo del cambio</b>	<b>Medicamento alternativo</b>	<b>Copago* del medicamento alternativo</b>	<b>Fecha de entrada en vigencia</b>
DEPO-PROVERA INYECTABLE 400 ML	Eliminación del medicamento del formulario	Interrupción del fabricante	Consulte con su proveedor de cuidado de la salud		02/01/2021
DOCETAXEL INYECTABLE 200 MG/10 ML	Eliminación del medicamento del formulario	Interrupción del fabricante	DOCETAXEL INYECTABLE 160 MG/8 ML	Nivel 5	02/01/2021
EMTRIVA CÁPSULAS 200 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Genérico disponible	EMTRICITABINA CÁPSULAS 200 MG	Nivel 3	01/01/2021
GLEOSTINE CÁPSULAS	Eliminación del medicamento del formulario	Ya no tendrá cobertura de Medicare	Consulte con su proveedor de cuidado de la salud		02/01/2021
HUMIRA INYECTABLE 10 MG/0.2 ML	Eliminación del medicamento del formulario	Interrupción del fabricante	HUMIRA INYECTABLE 10/0.1 ML	Nivel 5	03/01/2021
HUMIRA KIT 20 MG/0.4 ML	Eliminación del medicamento del formulario	Interrupción del fabricante	HUMIRA INYECTABLE 20/0.2 ML	Nivel 5	03/01/2021
JADENU GRÁNULOS DE ESPOLVOREAR	Eliminación del medicamento del formulario	Genérico disponible	DEFERASIROX PAQUETE DE GRÁNULOS	Nivel 5	01/01/2021
JUXTAPID CÁPSULAS 40 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Interrupción del fabricante	JUXTAPID CÁPSULAS 20 MG	Nivel 5	01/01/2021
JUXTAPID CÁPSULAS 60 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Interrupción del fabricante	JUXTAPID CÁPSULAS 20 MG	Nivel 5	01/01/2021

<b>Nombre del medicamento afectado</b>	<b>Descripción del cambio</b>	<b>Motivo del cambio</b>	<b>Medicamento alternativo</b>	<b>Copago* del medicamento alternativo</b>	<b>Fecha de entrada en vigencia</b>
KIONEX SUSPENSIÓN 15 GM/60	Eliminación del medicamento del formulario	Interrupción del fabricante	SPS SUSPENSIÓN 15 GM/60	Nivel 3	02/01/2021
KLOR-CON CÁPSULAS DE ESPOLVOREAR DE LIBERACIÓN PROLONGADA	Eliminación del medicamento del formulario	Interrupción del fabricante	CLORURO DE POTASIO CÁPSULAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA	Nivel 3	02/01/2021
KUVAN POLVO	Eliminación del medicamento del formulario	Genérico disponible	SAPROPTERINA POLVO	Nivel 5	05/01/2021
KUVAN TABLETAS 100 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Genérico disponible	SAPROPTERINA TABLETAS 100 MG	Nivel 5	05/01/2021
LORCET HD TABLETAS 10-325 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Interrupción del fabricante	HIDROCODONA Y ACETAMINOFENO TABLETAS 10-325 MG	Nivel 3	01/01/2021
LORCET PLUS TABLETAS 7.5-325 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Interrupción del fabricante	HIDROCODONA Y ACETAMINOFENO TABLETAS 7.5-325 MG	Nivel 3	01/01/2021
LORCET TABLETAS 5-325 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Interrupción del fabricante	HIDROCODONA Y ACETAMINOFENO TABLETAS 5-325 MG	Nivel 3	01/01/2021
METOPROLOL INYECTABLE 1 MG/ML	Eliminación del medicamento del formulario	Interrupción del fabricante	METOPROLOL INYECTABLE 5 MG/5 ML	Nivel 3	02/01/2021

<b>Nombre del medicamento afectado</b>	<b>Descripción del cambio</b>	<b>Motivo del cambio</b>	<b>Medicamento alternativo</b>	<b>Copago* del medicamento alternativo</b>	<b>Fecha de entrada en vigencia</b>
NEPHRAMINE INYECTABLE 5.4 %	Eliminación del medicamento del formulario	Interrupción del fabricante	PROSOL INYECTABLE 20 %	Nivel 4	06/01/2021
NORMOSOL -M INJ /D5W	Eliminación del medicamento del formulario	Interrupción del fabricante	ISOLYTE-P INYECTABLE /D5W	Nivel 4	05/01/2021
NORMOSOL-R INYECTABLE	Eliminación del medicamento del formulario	Ya no tendrá cobertura de Medicare	ISOLYTE-S INYECTABLE	Nivel 4	01/01/2021
ONE VITE TABLETAS 1 MG PLUS	Eliminación del medicamento del formulario	Ya no tendrá cobertura de Medicare	TABLETAS PRENATALES 27-1 MG	Nivel 3	01/01/2021
PEGASYS PROCLICK INYECTABLE	Eliminación del medicamento del formulario	Interrupción del fabricante	PEGASYS INYECTABLE	Nivel 5	02/01/2021
ROWEEPRA XR TABLETAS	Eliminación del medicamento del formulario	Interrupción del fabricante	LEVETIRACETAM TABLETAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA POR 24 H	Nivel 3	02/01/2021
SAPHRIS TABLETAS SUBLINGUALES	Eliminación del medicamento del formulario	Genérico disponible	ASENAPINA MALEATO TABLETAS SUBLINGUALES	Nivel 4	05/01/2021
SULFONATO SÓDICO DE POLIESTIRENO SUSPENSIÓN ORAL 15 GM/60 ML	Eliminación del medicamento del formulario	Interrupción del fabricante	SPS SUSPENSIÓN 15 GM/60	Nivel 3	02/01/2021

<b>Nombre del medicamento afectado</b>	<b>Descripción del cambio</b>	<b>Motivo del cambio</b>	<b>Medicamento alternativo</b>	<b>Copago* del medicamento alternativo</b>	<b>Fecha de entrada en vigencia</b>
SUMATRIPTAN JERINGA PRECARGADA 6 MG/0.5 ML	Eliminación del medicamento del formulario	Interrupción del fabricante	SUMATRIPTAN AUTOINYECTOR 6 MG/0.5 ML	Nivel 4	06/01/2021
SYLATRON KIT	Eliminación del medicamento del formulario	Interrupción del fabricante	INTRON A INYECTABLE	Nivel 5	01/01/2021
SYMFI LO TABLETAS	Eliminación del medicamento del formulario	Genérico disponible	EFAVIRENZ, LAMIVUDINA Y TENOFOVIR DF TABLETAS 400-300-300 MG	Nivel 5	05/01/2021
SYMFI TABLETAS	Eliminación del medicamento del formulario	Genérico disponible	EFAVIRENZ, LAMIVUDINA Y TENOFOVIR DF TABLETAS 600-300-300 MG	Nivel 5	05/01/2021
TRUVADA TABLETAS 133-200	Eliminación del medicamento del formulario	Genérico disponible	EMTRICITABINA Y FUMARATO DE DISOPROXILO DE TENOFOVIR TABLETAS 133-200	Nivel 5	05/01/2021
TRUVADA TABLETAS 100-150	Eliminación del medicamento del formulario	Genérico disponible	EMTRICITABINA Y FUMARATO DE DISOPROXILO DE TENOFOVIR TABLETAS 100-150	Nivel 5	05/01/2021
TRUVADA TABLETAS 167-250	Eliminación del medicamento del formulario	Genérico disponible	EMTRICITABINA Y FUMARATO DE DISOPROXILO DE TENOFOVIR TABLETAS 167-250	Nivel 5	05/01/2021

<b>Nombre del medicamento afectado</b>	<b>Descripción del cambio</b>	<b>Motivo del cambio</b>	<b>Medicamento alternativo</b>	<b>Copago* del medicamento alternativo</b>	<b>Fecha de entrada en vigencia</b>
TRUVADA TABLETAS 200-300 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Genérico disponible	EMTRICITABINA Y FUMARATO DE DISOPROXILO DE TENOFOVIR TABLETAS 200-300 MG	Nivel 5	01/01/2021
TYKERB TABLETAS 250 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Genérico disponible	LAPATINIB TABLETAS 250 MG	Nivel 5	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).