

Próximos cambios en la lista de medicamentos de nuestro plan

Nuestro plan puede eliminar de inmediato un medicamento de marca de nuestra Lista de Medicamentos en caso de reemplazarlo por un medicamento genérico nuevo que aparecerá en el mismo nivel de distribución de costos, o en un nivel inferior, y con las mismas restricciones, o menos. O bien, al agregar el nuevo medicamento genérico, podemos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de Medicamentos, pero cambiarlo inmediatamente a un nivel de distribución de costos diferente o agregar nuevas restricciones. Puede ocurrir que no le informemos con anticipación antes de hacer dicho cambio, pero le proporcionaremos información más adelante acerca de los cambios específicos que realizamos. Además, si la Administración de Alimentos y Medicamentos considera que un medicamento incluido en nuestra lista de medicamentos no es seguro o si el fabricante del medicamento lo retira del mercado, eliminaremos inmediatamente el medicamento de nuestra lista de medicamentos e informaremos a los miembros que toman el medicamento.

Antes de realizar otros cambios en nuestra Lista de Medicamentos durante el año que afecten a los miembros que actualmente están tomando un medicamento y que requieran una notificación por adelantado, notificaremos a los miembros afectados por este cambio, al menos, con 30 días de anticipación a la entrada en vigor, o en el momento en que el miembro solicite una renovación del medicamento, momento en el cual el miembro recibirá un suministro de un mes del medicamento.

En el siguiente cuadro se describen los cambios en nuestra lista que podrían afectarlo.

Nombre del medicamento afectado	Descripción del cambio	Motivo del cambio	Medicamento alternativo	Copago del medicamento alternativo*	Fecha de entrada en vigor
ALBUTEROL TAB ER	Eliminación del medicamento de la lista	Descontinuación de fábrica	ALBUTEROL TAB	Nivel 2	08/01/2021
ALINIA SUSP 100/5ML	Eliminación del medicamento de la lista	Medicare ya no cubrirá este medicamento	NITAZOXANIDE TAB 500MG	Nivel 5	08/01/2021
ALINIA TAB 500MG	Eliminación del medicamento de la lista	Disponibilidad de medicamento genérico	NITAZOXANIDE TAB 500MG	Nivel 5	05/01/2021

Nombre del medicamento afectado	Descripción del cambio	Motivo del cambio	Medicamento alternativo	Copago del medicamento alternativo*	Fecha de entrada en vigor
AMINOSYN II INJ 10%	Eliminación del medicamento de la lista	Descontinuación de fábrica	PREMASOL SOLN 10%	Nivel 4	01/01/2021
ANADROL-50 TAB 50MG	Eliminación del medicamento de la lista	Descontinuación de fábrica	PROCRIT INJ	Nivel 5	05/01/2021
ATRIPLA COMP	Eliminación del medicamento de la lista	Disponibilidad de medicamento genérico	EFAVIRENZ-EMTRICITABINE-TENOFOVIR DF COMP 600-200-300MG	Nivel 5	01/01/2021
BANZEL SUSP 40MG/ML	Eliminación del medicamento de la lista	Disponibilidad de medicamento genérico	RUFINAMIDE SUS 40MG/ML	Nivel 5	05/01/2021
CAPTOPRIL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB	Eliminación del medicamento de la lista	Descontinuación de fábrica	LISINOPRIL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB	Nivel 1	08/01/2021
CLOVIQUE CAP 250MG	Eliminación del medicamento de la lista	Descontinuación de fábrica	TRIENTINE CAP 250MG	Nivel 5	10/01/2021
COLOCORT ENEMA 100MG	Eliminación del medicamento de la lista	Descontinuación de fábrica	HYDROCORTISONE ENEMA 100 MG/60 ML	Nivel 2	01/01/2021
COUMADIN COMP	Eliminación del medicamento de la lista	Descontinuación de fábrica	WARFARIN COMP	Nivel 1	01/01/2021
D5W/NACL INJ 0.225%	Eliminación del medicamento de la lista	Descontinuación de fábrica	D5W/NACL INJ 0.2%	Nivel 2	01/01/2021
DEMSER CAP 250MG	Eliminación del medicamento de la lista	Disponibilidad de medicamento genérico	METYROSINE CAP 250MG	Nivel 5	05/01/2021
DEPO-PROVERA INJ 400/ML	Eliminación del medicamento de la lista	Descontinuación de fábrica	Consulte con su proveedor de atención médica		02/01/2021
DIDANOSINE CAP 200MG	Eliminación del medicamento de la lista	Descontinuación de fábrica	ABACAVIR TAB 300MG	Nivel 2	04/01/2021

Nombre del medicamento afectado	Descripción del cambio	Motivo del cambio	Medicamento alternativo	Copago del medicamento alternativo*	Fecha de entrada en vigor
DIDANOSINE CAP 250MG	Eliminación del medicamento de la lista	Descontinuación de fábrica	ABACAVIR TAB 300MG	Nivel 2	04/01/2021
DIDANOSINE CAP 400MG	Eliminación del medicamento de la lista	Descontinuación de fábrica	ABACAVIR TAB 300MG	Nivel 2	04/01/2021
DOCETAXEL INJ 200MG/10 ML	Eliminación del medicamento de la lista	Descontinuación de fábrica	DOCETAXEL INJ 160MG/8 ML	Nivel 5	02/01/2021
EMTRIVA CAP 200MG	Eliminación del medicamento de la lista	Disponibilidad de medicamento genérico	EMTRICITABINE CAP 200 MG	Nivel 2	01/01/2021
FREAMINE HBC INJ 6.9%	Eliminación del medicamento de la lista	Descontinuación de fábrica	FREAMINE III INJ 10%	Nivel 4	12/01/2021
GLEOSTINE CAP	Eliminación del medicamento de la lista	Medicare ya no cubrirá este medicamento	Consulte con su proveedor de atención médica		01/01/2021
GRALISE STAR MIS 300/600	Eliminación del medicamento de la lista	Descontinuación de fábrica	PREGABALIN CAP	Nivel 2	02/01/2021
HUMIRA INJ 10MG/0.2ML	Eliminación del medicamento de la lista	Descontinuación de fábrica	HUMIRA INJ 10/0.1ML	Nivel 5	03/01/2021
HUMIRA KIT 20MG/0.4ML	Eliminación del medicamento de la lista	Descontinuación de fábrica	HUMIRA INJ 20/0.2ML	Nivel 5	03/01/2021
IVERMECTIN TAB 3MG	Se agregó el requisito de autorización previa (PA)	Se agregó el requisito de PA con el fin de garantizar que el uso sea para una indicación cubierta por la Parte D	Consulte con su proveedor de atención médica		11/01/2021

Nombre del medicamento afectado	Descripción del cambio	Motivo del cambio	Medicamento alternativo	Copago del medicamento alternativo*	Fecha de entrada en vigor
JADENU SPRINKLE GRANULES	Eliminación del medicamento de la lista	Disponibilidad de medicamento genérico	DEFERASIROX GRANULES PACKET	Nivel 5	01/01/2021
JUXTAPID CAP 40MG	Eliminación del medicamento de la lista	Descontinuación de fábrica	JUXTAPID CAP 20MG	Nivel 5	01/01/2021
JUXTAPID CAP 60MG	Eliminación del medicamento de la lista	Descontinuación de fábrica	JUXTAPID CAP 20MG	Nivel 5	01/01/2021
KIONEX SUSP 15GM/60	Eliminación del medicamento de la lista	Descontinuación de fábrica	SPS SUS 15GM/60	Nivel 2	02/01/2021
KLOR-CON SPRINKLE CAP ER	Eliminación del medicamento de la lista	Descontinuación de fábrica	POTASSIUM CHLORIDE CAP ER	Nivel 2	02/01/2021
KUVAN POWDER	Eliminación del medicamento de la lista	Disponibilidad de medicamento genérico	SAPROPTERIN POWDER	Nivel 5	05/01/2021
KUVAN TAB 100MG	Eliminación del medicamento de la lista	Disponibilidad de medicamento genérico	SAPROPTERIN TAB 100MG	Nivel 5	05/01/2021
LORCET HD COMP 10-325MG	Eliminación del medicamento de la lista	Descontinuación de fábrica	HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN COMP 10-325MG	Nivel 3	01/01/2021
LORCET PLUS COMP 7.5-325MG	Eliminación del medicamento de la lista	Descontinuación de fábrica	HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN COMP 7.5-325MG	Nivel 3	01/01/2021
LORCET COMP 5-325MG	Eliminación del medicamento de la lista	Descontinuación de fábrica	HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN COMP 5-325MG	Nivel 3	01/01/2021
MAPROTILINE TAB	Eliminación del medicamento de la lista	Descontinuación de fábrica	MIRTAZAPINE TAB 15MG	Nivel 1	09/01/2021
METOPROLOL INJ 1MG/ML	Eliminación del medicamento de la lista	Descontinuación de fábrica	METOPROLOL INJ 5MG/5 ML	Nivel 2	02/01/2021

Nombre del medicamento afectado	Descripción del cambio	Motivo del cambio	Medicamento alternativo	Copago del medicamento alternativo*	Fecha de entrada en vigor
MINITRAN TD PATCH 24HR	Eliminación del medicamento de la lista	Descontinuación de fábrica	NITROGLYCERIN TD PATCH 24HR	Nivel 2	12/01/2021
NEPHRAMINE INJ 5.4%	Eliminación del medicamento de la lista	Descontinuación de fábrica	PROSOL INJ 20%	Nivel 4	06/01/2021
NORMOSOL-M INJ/D5W	Eliminación del medicamento de la lista	Medicare ya no cubrirá este medicamento	ISOLYTE-P INJ/D5W	Nivel 4	05/01/2021
NORMOSOL -R INJ	Eliminación del medicamento de la lista	Medicare ya no cubrirá este medicamento	ISOLYTE-S INJ	Nivel 4	01/01/2021
ONE VITE COMP 1MG PLUS	Eliminación del medicamento de la lista	Medicare ya no cubrirá este medicamento	PRENATAL COMP 27-1MG	Nivel 3	01/01/2021
PEGASYS IN PROCLICK	Eliminación del medicamento de la lista	Descontinuación de fábrica	PEGASYS INJ	Nivel 5	02/01/2021
PHOSPHOLINE SOLN 0.125%OP	Eliminación del medicamento de la lista	Descontinuación de fábrica	PILOCARPINE OPHTH SOLN	Nivel 2	08/01/2021
PROPRANOLOL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB	Eliminación del medicamento de la lista	Descontinuación de fábrica	METOPROLOL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB	Nivel 2	09/01/20
PHOSPHOLINE SOLN 0.125%OP	Eliminación del medicamento de la lista	Descontinuación de fábrica	PILOCARPINE OPHTH SOLN	Nivel 2	08/01/2021
PEGASYS INJ PROCLICK	Eliminación del medicamento de la lista	Descontinuación de fábrica	PEGASYS INJ	Nivel 5	02/01/2021
ROWEEPRAXR COMP	Eliminación del medicamento de la lista	Descontinuación de fábrica	LEVETIRACETAM COMP ER 24HR	Nivel 2	02/01/2021
SODIUM POLYSTYRENE SULFONATE ORAL SUSP 15 GM/60ML	Eliminación del medicamento de la lista	Descontinuación de fábrica	SPS SUS 15GM/60	Nivel 2	02/01/2021

Nombre del medicamento afectado	Descripción del cambio	Motivo del cambio	Medicamento alternativo	Copago del medicamento alternativo*	Fecha de entrada en vigor
SUMATRIPTAN PREFILLED SYRINGE 6 MG/0.5ML	Eliminación del medicamento de la lista	Descontinuación de fábrica	SUMATRIPTAN AUTO-INJECTOR 6 MG/0.5ML	Nivel 2	06/01/2021
SYLATRON KIT	Eliminación del medicamento de la lista	Descontinuación de fábrica	INTRON A INJ	Nivel 5	01/01/2021
SYMFI LO TAB	Eliminación del medicamento de la lista	Disponibilidad de medicamento genérico	EFAVIRENZ-LAMIVUDINE-TENOFOVIR DF TAB 400-300-300MG	Nivel 5	05/01/2021
SYMFI TAB	Eliminación del medicamento de la lista	Disponibilidad de medicamento genérico	EFAVIRENZ-LAMIVUDINE-TENOFOVIR DF TAB 600-300-300MG	Nivel 5	05/01/2021
TRILYTE SOLN	Eliminación del medicamento de la lista	Descontinuación de fábrica	GAVILYTE-N SOL FLAVOR PACK	Nivel 1	10/01/2021
TRUVADA TAB 133-200	Eliminación del medicamento de la lista	Disponibilidad de medicamento genérico	EMTRICITABINE-TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE TAB 133-200	Nivel 5	05/01/2021
TRUVADA TAB 100-150	Eliminación del medicamento de la lista	Disponibilidad de medicamento genérico	EMTRICITABINE-TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE TAB 100-150	Nivel 5	05/01/2021
TRUVADA TAB 167-250	Eliminación del medicamento de la lista	Disponibilidad de medicamento genérico	EMTRICITABINE-TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE TAB 167-250	Nivel 5	05/01/2021
TRUVADA COMP 200-300MG	Eliminación del medicamento de la lista	Disponibilidad de medicamento genérico	EMTRICITABINE-TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE COMP 200-300MG	Nivel 5	01/01/2021
TYKERB TAB 250MG	Eliminación del medicamento de la lista	Disponibilidad de medicamento genérico	LAPATINIB TAB 250MG	Nivel 5	05/01/2021

* Los medicamentos alternativos son medicamentos de la misma categoría/clase terapéutica o nivel de distribución de costos que el fármaco afectado. Solo su médico puede determinar si uno de los medicamentos presentes en la lista es adecuado para usted, debido la naturaleza personalizada del tratamiento. Consulte con su médico para confirmar si este es un medicamento adecuado para usted.