

WellCare Access (HMO SNP), WellCare Choice (HMO), WellCare Choice (HMO-POS), WellCare Dividend (HMO), WellCare Dividend Prime (HMO), WellCare Essential (HMO), WellCare Essential (HMO-POS), Easy Choice Freedom Plan (HMO SNP), WellCare Liberty (HMO SNP), 'Ohana Liberty (HMO SNP), WellCare Plus (HMO), WellCare Preferred (HMO), WellCare Premier (PPO), WellCare Reserve (HMO SNP), WellCare Rx (HMO), WellCare Rx (HMO-POS), WellCare Select (HMO SNP), WellCare TexanPlus Classic (HMO), WellCare TexanPlus Star (HMO SNP), WellCare Today's Options Classic (HMO), WellCare Today's Options Premier Plus 250A (PFFS), WellCare Today's Options Premier Plus 650B (PFFS), WellCare Value (HMO), WellCare Value (HMO-POS), 'Ohana Value (HMO)

Aviso de cambios para el Formulario 2019

Lista de medicamentos aprobada por HPMS
ID de la presentación 19376, 19474, 19478



Próximos cambios en el formulario de nuestro plan

Nuestro plan puede eliminar inmediatamente un medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos si lo estamos reemplazando con un medicamento genérico nuevo que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en uno más bajo y con las mismas o menos restricciones. O, al agregar el nuevo medicamento genérico, podemos optar por mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de medicamentos, pero inmediatamente colocarlo en un nivel de costo compartido distinto o agregar nuevas restricciones. Podríamos hacer el cambio sin informárselo con antelación, pero luego le proporcionaremos información sobre los cambios específicos realizados. Además, si la Administración de Medicamentos y Alimentos considera que uno de los medicamentos incluidos en nuestra lista de medicamentos es inseguro o si el fabricante del medicamento lo retira del mercado, podremos eliminarlo de la lista inmediatamente y notificaremos a los miembros que estén utilizándolo.

Antes de realizar otros cambios durante el año a nuestra Lista de medicamentos que afecte a los miembros que actualmente toman un medicamento y que nos exijan un aviso por adelantado, notificaremos a los miembros afectados del cambio al menos 30 días antes de que entre en vigencia o cuando el miembro solicite un resurtido del medicamento, momento en el cual recibirá un suministro de un mes del medicamento.

La tabla a continuación describe los próximos cambios en nuestro formulario que pueden afectarle.

Nombre del medicamento afectado	Descripción para el cambio	Razón para el cambio	Medicamento alternativo	Copago de medicamento alternativo *	Fecha efectiva
ADAGEN INJ 250/ ML	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	Consulte con su proveedor de cuidado de la salud		06/ 01/ 2019
AFEDITAB TAB 30MG CR	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	NIFEDIPINE TAB 30MG ER	Nivel 2	03/ 01/ 2019

Nombre del medicamento afectado	Descripción para el cambio	Razón para el cambio	Medicamento alternativo	Copago de medicamento alternativo *	Fecha efectiva
AFEDITAB TAB 60MG CR	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	NIFEDIPINE TAB 60MG ER	Nivel 2	02/ 01/ 2019
ALBENZA TAB 200MG	Eliminación del medicamento del formulario	Genérico disponible	ALBENDAZOLE TAB 200 MG	Nivel 5	05/ 01/ 2019
AMINOSYN 7% INJ/ LYTES	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	PROCALAMINE INJ 3%	Nivel 4	07/ 01/ 2019
AMINOSYN II INJ 8.5%	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	PREMASOL SOLN 10%	Nivel 4	07/ 01/ 2019
AMINOSYN II INJ 8.5/ LYTE	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	PROCALAMINE INJ 3%	Nivel 4	07/ 01/ 2019
AMINOSYN INJ 10%	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	PREMASOL SOLN 10%	Nivel 4	07/ 01/ 2019
AMINOSYN INJ 8.5%	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	PREMASOL SOLN 10%	Nivel 4	07/ 01/ 2019
AMINOSYN INJ 8.5/ LYTE	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	PROCALAMINE INJ 3%	Nivel 4	07/ 01/ 2019
AMINOSYN M INJ 3.5%	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	PROCALAMINE INJ 3%	Nivel 4	07/ 01/ 2019

Nombre del medicamento afectado	Descripción para el cambio	Razón para el cambio	Medicamento alternativo	Copago de medicamento alternativo *	Fecha efectiva
AMINOSYN-HBC INJ 7%	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	AMINOSYN-PF INJ 7%	Nivel 4	07/ 01/ 2019
AMINOSYN-RF INJ 5.2%	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	NEPHRAMINE INJ 5.4%	Nivel 4	07/ 01/ 2019
AMPYRA TAB 10MG	Eliminación del medicamento del formulario	Genérico disponible	DALFAMPRIDINE TAB 10MG ER	Nivel 5	05/ 01/ 2019
AURYXIA TAB 210MG	Autorización previa añadida	Se agregó AP para asegurar que el uso sea para una indicación cubierta por la Parte D	Consulte con su proveedor de cuidado de la salud		01/ 01/ 2019
AZACTAM IN DEXTROSE INJ	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	AZTREONAM INJ	Nivel 4	09/ 01/ 2019
BILTRICIDE TAB 600MG	Eliminación del medicamento del formulario	Genérico disponible	PRAZIQUANTEL TAB 600MG	Nivel 3	05/ 01/ 2019
BLISOVI FE TAB 1/ 20	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	MICROGESTIN TAB FE 1/ 20	Nivel 2	07/ 01/ 2019
BRAFTOVI CAP 50MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	BRAFTOVI CAP 75MG	Nivel 5	09/ 01/ 2019

Nombre del medicamento afectado	Descripción para el cambio	Razón para el cambio	Medicamento alternativo	Copago de medicamento alternativo *	Fecha efectiva
CANASA SUPP 1000MG	Eliminación del medicamento del formulario	Genérico disponible	MESALAMINE SUPP 1000 MG	Nivel 4	05/ 01/ 2019
CARIMUNE NF INJ 6GM	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	GAMMAGARD SD INJ 5GM	Nivel 5	06/ 01/ 2019
CEFAZOLIN INJ 20GM	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	CEFAZOLIN INJ 10GM	Nivel 3	12/ 01/ 2019
CEFOTAXIME INJ 2GM	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	CEFOTAXIME INJ 500MG	Nivel 4	02/ 01/ 2019
CIPROFLOXACIN FOR ORAL SUSP 250 MG/ 5ML	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	CIPROFLOXACIN FOR ORAL SUSP 500 MG/ 5ML	Nivel 4	06/ 01/ 2019
CLINIMIX INJ 2.75/ D5W	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	CLINIMIX INJ 4.25/ D5W	Nivel 4	02/ 01/ 2019
CLINIMIX INJ 4.25/ D20	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	CLINIMIX INJ 5%/ D20W	Nivel 4	02/ 01/ 2019
DILTIAZEM CAP 120MG ER	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	DILT-XR CAP 120MG	Nivel 3	07/ 01/ 2019

Nombre del medicamento afectado	Descripción para el cambio	Razón para el cambio	Medicamento alternativo	Copago de medicamento alternativo *	Fecha efectiva
DILTIAZEM CAP 180MG ER	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	DILT-XR CAP 180MG	Nivel 3	11/ 01/ 2019
DILTIAZEM CAP 240MG ER	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	DILT-XR CAP 240MG	Nivel 3	11/ 01/ 2019
DOXORUBICIN INJ 10MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	DOXORUBICIN INJ 2MG/ ML	Nivel 5	05/ 01/ 2019
ESOMEPRAZOLE INJ 20MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	ESOMEPRAZOLE INJ 40MG	Nivel 4	12/ 01/ 2019
FARESTON TAB 60MG	Eliminación del medicamento del formulario	Genérico disponible	TOREMIFENE CITRATE TAB 60 MG	Nivel 5	05/ 01/ 2019
FINACEA GEL 15%	Eliminación del medicamento del formulario	Genérico disponible	AZELAIC ACID GEL 15%	Nivel 4	05/ 01/ 2019
FLUCONAZOLE IN DEXTROSE INJ 200 MG/ 100ML	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	FLUCONAZOLE/ INJ NACL 200	Nivel 3	10/ 01/ 2019
FLUCONAZOLE IN DEXTROSE INJ 400 MG/ 200ML	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	FLUCONAZOLE/ INJ NACL 400	Nivel 3	10/ 01/ 2019
GRANISETRON INJ 0.1MG/ ML	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	GRANISETRON INJ 1MG/ ML	Nivel 3	03/ 01/ 2019

Nombre del medicamento afectado	Descripción para el cambio	Razón para el cambio	Medicamento alternativo	Copago de medicamento alternativo *	Fecha efectiva
HEXALEN CAP 50MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	Consulte con su proveedor de cuidado de la salud		02/ 01/ 2019
INVANZ INJ 1GM	Eliminación del medicamento del formulario	Genérico disponible	ERTAPENEM INJ 1GM	Nivel 4	05/ 01/ 2019
INVANZ INJ 1GM ADD-VANTAGE VIAL	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	ERTAPENEM INJ 1GM	Nivel 4	03/ 01/ 2019
INVIRASE CAP 200MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	INVIRASE TAB 500MG	Nivel 5	03/ 01/ 2019
KETOPROFEN CAP 75MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	NAPROXEN TAB	Nivel 1	01/ 01/ 2019
KIMIDESS TAB	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	KARIVA TAB	Nivel 3	02/ 01/ 2019
LETAIRIS TAB 10MG	Eliminación del medicamento del formulario	Genérico disponible	AMBRISANTAN TAB 10 MG	Nivel 5	08/ 01/ 2019
LETAIRIS TAB 5MG	Eliminación del medicamento del formulario	Genérico disponible	AMBRISANTAN TAB 5 MG	Nivel 5	08/ 01/ 2019

Nombre del medicamento afectado	Descripción para el cambio	Razón para el cambio	Medicamento alternativo	Copago de medicamento alternativo *	Fecha efectiva
LYNPARZA CAP 50MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	LYNPARZA TAB	Nivel 5	03/ 01/ 2019
METIPRANOLOL SOLN 0.3% OPH	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	BETAXOLOL SOLN 0.5% OPTH	Nivel 3	03/ 01/ 2019
MG SO4/ D5W INJ 20MG/ ML	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	MG SO4/ D5W INJ 10MG/ ML	Nivel 3	05/ 01/ 2019
MODERIBA TAB 200MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	RIBAVIRIN TAB 200MG	Nivel 4	04/ 01/ 2019
MOEXIPRIL-HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	LISINOPRIL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB	Nivel 1	10/ 01/ 2019
MONONESSA TAB	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	SPRINTEC 28 TAB	Nivel 2	10/ 01/ 2019
MORPHINE SULFATE INJ 2 MG/ ML	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	MORPHINE SULFATE INJ PF 2 MG/ ML	Nivel 4	10/ 01/ 2019
MORPHINE SULFATE INJ 4 MG/ ML	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	MORPHINE SULFATE INJ PF 4 MG/ ML	Nivel 4	10/ 01/ 2019
MORPHINE SULFATE INJ 5 MG/ ML	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	MORPHINE SULFATE INJ PF 5 MG/ ML	Nivel 4	10/ 01/ 2019

Nombre del medicamento afectado	Descripción para el cambio	Razón para el cambio	Medicamento alternativo	Copago de medicamento alternativo *	Fecha efectiva
NECON TAB 1/ 50-28	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	NORETHINDRONE ACE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1/ 20	Nivel 2	05/ 01/ 2019
NIVA-PLUS TAB	Eliminación del medicamento del formulario	Medicare no lo cubre más	PRENATAL PLUS TAB	Nivel 3	05/ 01/ 2019
NORVIR CAP 100MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	RITONAVIR TAB 100MG	Nivel 3	02/ 01/ 2019
O-CAL FA TAB	Eliminación del medicamento del formulario	Medicare no lo cubre más	PRENATAL PLUS TAB	Nivel 3	05/ 01/ 2019
ONFI SUSP 2.5MG/ ML	Eliminación del medicamento del formulario	Genérico disponible	CLOBAZAM SUSP 2.5 MG/ ML	Nivel 3	05/ 01/ 2019
ONFI TAB 10MG	Eliminación del medicamento del formulario	Genérico disponible	CLOBAZAM TAB 10MG	Nivel 3	05/ 01/ 2019
ONFI TAB 20MG	Eliminación del medicamento del formulario	Genérico disponible	CLOBAZAM TAB 20MG	Nivel 3	05/ 01/ 2019
PNV PRENATAL TAB PLUS	Eliminación del medicamento del formulario	Medicare no lo cubre más	PRENATAL PLUS TAB	Nivel 3	05/ 01/ 2019

Nombre del medicamento afectado	Descripción para el cambio	Razón para el cambio	Medicamento alternativo	Copago de medicamento alternativo *	Fecha efectiva
POLYETHYLENE GLYCOL 3350 ORAL PACKET	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	LACTULOSE SOLN 10GM/ 15 ML	Nivel 2	03/ 01/ 2019
POLYETHYLENE GLYCOL 3350 ORAL POWDER	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	LACTULOSE SOLUTION 10 GM/ 15ML	Nivel 2	03/ 01/ 2019
PREPLUS TAB 27-1MG	Eliminación del medicamento del formulario	Medicare no lo cubre más	PRENATAL PLUS TAB	Nivel 3	05/ 01/ 2019
RANEXA TAB 1000MG	Eliminación del medicamento del formulario	Genérico disponible	RANOLAZINE TAB 1000MG	Nivel 3	08/ 01/ 2019
RANEXA TAB 500MG	Eliminación del medicamento del formulario	Genérico disponible	RANOLAZINE TAB 500MG	Nivel 3	08/ 01/ 2019
RAPAFLO CAP 4MG	Eliminación del medicamento del formulario	Genérico disponible	SILODOSIN CAP 4 MG	Nivel 4	05/ 01/ 2019
RAPAFLO CAP 8MG	Eliminación del medicamento del formulario	Genérico disponible	SILODOSIN CAP 8 MG	Nivel 4	05/ 01/ 2019
REBETOL SOLN 40MG/ ML	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	RIBAVIRIN TAB 200MG	Nivel 4	12/ 01/ 2019

Nombre del medicamento afectado	Descripción para el cambio	Razón para el cambio	Medicamento alternativo	Copago de medicamento alternativo *	Fecha efectiva
RESCRIPTOR TAB 100 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	RESCRIPTOR TAB 200MG	Nivel 4	06/ 01/ 2019
RIBASPHERE CAP 200MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	RIBAVIRIN CAP 200MG	Nivel 3	12/ 01/ 2019
RIBASPHERE TAB 200MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	RIBAVIRIN TAB 200MG	Nivel 4	12/ 01/ 2019
RIBASPHERE TAB 400MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	RIBAVIRIN TAB 200MG	Nivel 4	06/ 01/ 2019
RIBASPHERE TAB 600MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	RIBAVIRIN TAB 200MG	Nivel 4	12/ 01/ 2019
SABRIL TAB 500MG	Eliminación del medicamento del formulario	Genérico disponible	VIGABATRIN TAB 500 MG	Nivel 5	05/ 01/ 2019
SUBOXONE MIS 12-3MG	Eliminación del medicamento del formulario	Genérico disponible	BUPREN/ NALOX MIS 12-3MG	Nivel 4	08/ 01/ 2019
SUBOXONE MIS 2-0.5MG	Eliminación del medicamento del formulario	Genérico disponible	BUPREN/ NALOX MIS 2-0.5MG	Nivel 4	08/ 01/ 2019

Nombre del medicamento afectado	Descripción para el cambio	Razón para el cambio	Medicamento alternativo	Copago de medicamento alternativo *	Fecha efectiva
SUBOXONE MIS 4-1MG	Eliminación del medicamento del formulario	Genérico disponible	BUPREN/ NALOX MIS 4-1MG	Nivel 4	08/ 01/ 2019
SUBOXONE MIS 8-2MG	Eliminación del medicamento del formulario	Genérico disponible	BUPREN/ NALOX MIS 8-2MG	Nivel 4	08/ 01/ 2019
SUPRAX CAP 400MG	Eliminación del medicamento del formulario	Genérico disponible	CEFIXIME CAP 400 MG	Nivel 3	06/ 17/ 2019
THEOPHYLLINE TAB 100MG CR	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	THEOPHYLLINE TAB 400MG ER	Nivel 3	11/ 01/ 2019
THEOPHYLLINE TAB 200MG CR	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	THEOPHYLLINE TAB 400MG ER	Nivel 3	11/ 01/ 2019
VESICARE TAB 10MG	Eliminación del medicamento del formulario	Genérico disponible	SOLIFENACIN SUCCINATE TAB 10 MG	Nivel 4	08/ 01/ 2019
VESICARE TAB 5MG	Eliminación del medicamento del formulario	Genérico disponible	SOLIFENACIN SUCCINATE TAB 5 MG	Nivel 4	08/ 01/ 2019
VESTURA TAB 3-0.02MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	NIKKI TAB 3-0.02MG	Nivel 3	01/ 01/ 2019

Nombre del medicamento afectado	Descripción para el cambio	Razón para el cambio	Medicamento alternativo	Copago de medicamento alternativo *	Fecha efectiva
VINCASAR PFS INJ 1MG/ ML	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	VINCRISTINE INJ 1MG/ ML	Nivel 2	11/ 01/ 2019
VOL-PLUS TAB	Eliminación del medicamento del formulario	Medicare no lo cubre más	PRENATAL PLUS TAB	Nivel 3	05/ 01/ 2019
WELCHOL PACK 3.75GM	Eliminación del medicamento del formulario	Genérico disponible	COLESEVELAM PAK 3.75 GM	Nivel 3	05/ 01/ 2019
ZENCHENT TAB	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	VYFEMLA TAB 0.4-35	Nivel 3	03/ 01/ 2019
ZERIT SOLN 1MG/ ML	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	STAVUDINE CAP	Nivel 3	03/ 01/ 2019
ZOVIA 1/ 50E TAB	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	KELNOR 1/ 50 TAB	Nivel 3	05/ 01/ 2019
ZYTIGA TAB 250MG	Eliminación del medicamento del formulario	Genérico disponible	ABIRATERONE TAB 250MG	Nivel 5	05/ 01/ 2019

*Los medicamentos alternativos son medicamentos en la misma categoría terapéutica/ clase o nivel de costo compartido que el medicamento afectado. Solo su médico puede determinar si una de las alternativas aquí enumeradas es adecuada para usted, dada la naturaleza individualizada de la terapia con medicamentos. Consulte a su médico para confirmar si este es un medicamento apropiado para usted.

'Ohana Health Plan, un plan ofrecido por WellCare Health Insurance of Arizona, Inc. WellCare Health Plans, Inc., es un plan HMO, PPO, PDP, PFFS con un contrato de Medicare y es un Patrocinador aprobado de la Parte D. La inscripción en nuestros planes depende de la renovación del contrato. Aviso: TennCare no es responsable por el pago de estos beneficios, excepto por los montos de costo compartido apropiados. TennCare no es responsable de garantizar la disponibilidad o calidad de estos beneficios. Comuníquese con su plan para obtener detalles.

WellCare Health Plans, Inc. cumple las leyes federales aplicables sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call **1-877-374-4056** (TTY: 711).

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al **1-877-374-4056** (TTY: 711).

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 **1-877-374-4056** (TTY: 711)。



Medicare_{Rx}
Prescription Drug Coverage

