

## **Cambios en el formulario de CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage Enhanced (HMO)**

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage Enhanced (HMO) podrá remover de inmediato un medicamento de marca de su lista de medicamentos si lo reemplaza con un nuevo medicamento genérico, que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en un nivel inferior y con las mismas o menos restricciones. O, al agregar el nuevo medicamento genérico, podrá decidir mantener el medicamento de marca en su lista de medicamentos, pero moverlo inmediatamente a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones. Es posible que no se le informe con anticipación antes de realizar ese cambio, pero luego se le proporcionará información sobre los cambios específicos realizados. Además, si la Administración de Alimentos y Medicamentos considera que un medicamento de su formulario no es seguro o el fabricante del medicamento lo retira del mercado, podrán eliminarlo inmediatamente de su formulario y notificar a los miembros que lo tomen.

Antes de realizar otros cambios durante el año en su lista de medicamentos que afecten a los miembros que actualmente toman un medicamento y que requieran notificación previa, notificaremos a los miembros afectados sobre el cambio al menos 30 días antes de que entre en vigencia, o en el momento en el que el miembro solicite un reabastecimiento del medicamento, momento en el que recibirá un suministro del medicamento para un mes.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura o restricción de medicamentos, tanto usted como su médico podrán solicitar que se haga una excepción y se siga cubriendo el medicamento de la manera que le gustaría. El aviso que se le proporcionará también incluirá información sobre los pasos 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 855-290-5744 (TTY: 711), de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. ET, los 7 días de la semana, desde el 1 de octubre hasta el 31 de marzo, y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m. ET, de lunes a viernes, desde el 1 de abril hasta el 30 de septiembre.

La siguiente tabla describe los cambios en el formulario que podrían afectarlo.

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage es el nombre comercial de CareFirst Advantage, Inc., licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. BLUE CROSS®, BLUE SHIELD® y los símbolos de la Cruz y el Escudo son marcas de servicio registradas de Blue Cross and Blue Shield Association, una asociación de planes independientes de Blue Cross and Blue Shield.

Nombre del medicamento afectado	Descripción para el cambio	Razón para el cambio	Medicamento alternativo	Copago de medicamentos alternativos*	Fecha de entrada en vigencia
AMABELZ TAB 1-0.5MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	ESTRADIOL & NORETHINDRONE ACETATE TAB 1-0.5 MG; MIMVEY TAB 1-0.5 MG	Tier 3	01/03/2024
CEFACLOR SUS 125/5ML	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	CEFACLOR SUS 250MG/5ML	Tier 4	01/02/2024
CEFACLOR SUS 375/5ML	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	CEFACLOR SUS 250MG/5ML	Tier 4	01/02/2024
CEFTAZIDIME/ SOL D5W 1GM	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	CEFTAZIDIME INJ	Tier 4	01/02/2024
CEFTAZIDIME/ SOL D5W 2GM	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	CEFTAZIDIME INJ	Tier 4	01/02/2024
CIPROFLOXACIN HCL TAB 100 MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	CIPROFLOXACIN HCL TAB 250 MG	Tier 1	01/02/2024
CLINDAMYCIN INJ 300MG/2ML	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	CLINDAMYCIN INJ 600MG/4ML	Tier 3	01/02/2024
FLEBOGAMMA DIF INJ 10GM/100ML	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	BIVIGAM INJ 10GM/100ML; GAMMAPLEX INJ 10GM/100ML; OCTAGAM INJ 10GM/100ML; PRIVIGEN INJ 10GM/100ML	Tier 5	01/03/2024
FLEBOGAMMA DIF INJ 2.5GM/50ML	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	OCTAGAM INJ 2.5GM/50ML	Tier 5	01/03/2024
FLEBOGAMMA DIF INJ 20GM/200ML	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	GAMMAPLEX INJ 20GM/200ML; OCTAGAM INJ 20GM/200ML; PRIVIGEN INJ 20GM/200ML	Tier 5	01/03/2024
FLEBOGAMMA DIF INJ 5GM/50ML	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	BIVIGAM INJ 5GM/50ML; GAMMAPLEX INJ 5GM/50ML; OCTAGAM INJ 5GM/50ML; PRIVIGEN INJ 5GM/50ML	Tier 5	01/03/2024
GVOKE PFS INJ PREF SYRINGE 0.5 MG/0.1ML	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	GVOKE PFS INJ PREF SYRINGE 1MG/0.2ML; GVOKE HYPOPEN; GVOKE KIT	Tier 3	01/03/2024
HUMIRA PEN INJ CD/UC/HS	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	HUMIRA PEN INJ 40MG/0.8ML	Tier 5	01/04/2024
NEVIRAPINE TAB ER 100MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	NEVIRAPINE TAB ER 400MG	Tier 4	01/02/2024
OLOPATADINE DROPS 0.1%	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	AZELASTINE HCL OPHTH SOLN 0.05%	Tier 3	01/02/2024
PAROMOMYCIN CAP 250MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	Consult Your Health Care Provider		01/04/2024
PENICILLIN G PROCAINE INJ SUSP 600000UNIT/ML	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	PENICILLIN G POTASSIUM INJ SOLR 500000 UNIT, 2000000 UNIT	Tier 4	01/03/2024
RISPERDAL CONSTA INJ 12.5MG	Deletion Of Drug From Formulary	Generic Available	RISPERIDONE INJ 12.5MG ER	Tier 4	01/05/2024
RISPERDAL CONSTA INJ 25MG	Deletion Of Drug From Formulary	Generic Available	RISPERIDONE INJ 25MG ER	Tier 4	01/05/2024
RISPERDAL CONSTA INJ 37.5MG	Deletion Of Drug From Formulary	Generic Available	RISPERIDONE INJ 37.5MG ER	Tier 5	01/05/2024
RISPERDAL CONSTA INJ 50MG	Deletion Of Drug From Formulary	Generic Available	RISPERIDONE INJ 50MG ER	Tier 5	01/05/2024
STAVUDINE CAP	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	ABACAVIR TAB; EMTRICITABINE CAP; LAMIVUDINE 150 MG, 300 MG TAB; ZIDOVUDINE TAB	Tier 3	01/01/2024
SYMJEPI INJ 0.15MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	EPINEPHRINE INJ 0.15MG	Tier 3	01/02/2024

<b>Nombre del medicamento afectado</b>	<b>Descripción para el cambio</b>	<b>Razón para el cambio</b>	<b>Medicamento alternativo</b>	<b>Copago de medicamentos alternativos*</b>	<b>Fecha de entrada en vigencia</b>
SYMJEPI INJ 0.3MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	EPINEPHRINE INJ 0.3MG	Tier 3	01/02/2024
SYNRIBO INJ 3.5MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	ICLUSIG TAB; SCEMBLIX TAB	Tier 5	01/02/2024
TRICARE TAB PRENATAL	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	PRENATAL TAB 27-1MG	Tier 3	01/01/2024
VOTRIENT TAB 200MG	Deletion Of Drug From Formulary	Generic Available	PAZOPANIB HCL TAB 200 MG	Tier 5	01/05/2024

\*Los medicamentos alternativos son medicamentos de la misma categoría / clase terapéutica o nivel de costo compartido que el medicamento afectado. Solo su médico podrá determinar si alguna de las alternativas enumeradas aquí es apropiada para usted dada la naturaleza individualizada de la terapia farmacológica. Consulte a su médico para confirmar si este es un medicamento adecuado para usted.