

Cambios en el formulario de CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage (PPO)

CareFirst BlueCross BlueShield Medicare Advantage (PPO) 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 833-536-2001 (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 aiguillette 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
AMOXICILLIN & K CLAVULANATE CHEW TAB 200-28.5 MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	AMOXICILLIN & K CLAVULANATE FOR SUSP 200-28.5 MG/5ML	Tier 3	01/01/2025
CORLANOR TAB	Deletion Of Drug From Formulary	Generic Available	IVABRADINE TAB	Tier 4	01/01/2025
DROXIA CAP	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	Consult Your Health Care Provider		03/01/2025
DUPIXENT INJ 100MG/0.67ML	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	DUPIXENT INJ 200MG/1.14ML	Tier 5	02/01/2025
ENDARI POW 5GM	Deletion Of Drug From Formulary	Generic Available	L-GLUTAMINE POW 5GM	Tier 5	01/01/2025
ERYTHROCIN TAB 250MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	ERYTHROMYCIN TAB 250MG BS	Tier 4	01/01/2025
FENTANYL OT LOZ	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	MORPHINE SULFATE TAB	Tier 3	02/01/2025
LEUKERAN TAB 2MG	Deletion Of Drug From Formulary	Medicare Will No Longer Cover	Consult Your Health Care Provider		01/01/2025
NATACYN SUS 5% OP	Deletion Of Drug From Formulary	Medicare Will No Longer Cover	Consult Your Health Care Provider		01/01/2025
NYMYO TAB 0.25MG-35MCG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	NORGESTIMATE-ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.25MG-35MCG	Tier 2	02/01/2025
PREHEVBRIO SUS 10MCG/ML	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	ENGERIX-B INJ; HEPLISAV-B INJ; RECOMBIVAX HB INJ	Tier 1	03/01/2025
SANDIMMUNE SOL 100MG/ML	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	CYCLOSPORINE CAP	Tier 4	01/01/2025
SELZENTRY TAB 25MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	SELZENTRY SOL 20MG/ML	Tier 5	02/01/2025
SELZENTRY TAB 75MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	SELZENTRY SOL 20MG/ML	Tier 5	02/01/2025
SPRYCEL TAB	Deletion Of Drug From Formulary	Generic Available	DASATINIB TAB	Tier 5	02/01/2025
TABLOID TAB 40MG	Deletion Of Drug From Formulary	Medicare Will No Longer Cover	Consult Your Health Care Provider		01/01/2025
TDVAX INJ 2-2 LF	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	TENIVAC INJ 5-2LF	Tier 1	03/01/2025
TOBRADEX ST SUS 0.3-0.05%	Deletion Of Drug From Formulary	Medicare Will No Longer Cover	TOBRAMYCIN-DEXAMETHASONE SUS 0.3-0.1%	Tier 3	01/01/2025
VRAYLAR CAP 1.5-3MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	VRAYLAR CAP	Tier 5	02/01/2025
ZERVIAE DRO 0.24%	Deletion Of Drug From Formulary	Medicare Will No Longer Cover	AZELASTINE DRO 0.05%	Tier 2	01/01/2025
ZYPREXA RELPREVV INJ	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	RISPERIDONE ER INJ	Tier 4 / Tier 5	02/01/2025

*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.