

## Changes to MetroPlusHealth's Formulary

**MetroPlusHealth** may immediately remove a brand name drug on our Drug List if we are replacing it with a new generic drug that will appear on the same or lower cost sharing tier and with the same or fewer restrictions. Or, when adding the new generic drug, we may decide to keep the brand name drug on our Drug List, but immediately move it to a different cost-sharing tier or add new restrictions. We may not tell you in advance before we make that change, but we will later provide you with information about the specific change(s) we have made. Also, if the Food and Drug Administration deems a drug on our formulary to be unsafe or the drug's manufacturer removes the drug from the market, we may immediately remove the drug from our formulary and provide notice to members who take the drug.

Before we make other changes during the year to our Drug List that affect members currently taking a drug and that require us to provide advance notice, we will notify affected members of the change at least 30 days before the change becomes effective, or at the time the member requests a refill of the drug, at which time the member will receive a one-month supply of the drug.

If you are affected by a change in drug coverage or restriction, depending on the type of change, there may be different options to consider. For example:

You may be able to use another drug on our Drug List to treat your medical condition. Alternative drug(s) are provided below to help your prescriber to find a covered drug that might work for you. Ask your prescriber if one of the possible alternative drug(s) is right for you.

You, your prescriber, or your authorized representative may also ask for an exception. The notice we provide you will also include information on the steps to request an exception. To learn more about coverage decisions and how to ask for an exception, see your *Evidence of Coverage*, or call Customer Care at 1-866-693-4615 (TTY: 711), 24hours a day, 7 days a week.

The table below outlines changes to our formulary that may impact you.

Name of Affected Drug	Description of Change	Reason for Change	Alternative Drug(s) *	Alternative Drug(s) Cost-Sharing Tier	Effective Date
AMABELZ TAB 0.5-0.1 MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	ESTRADIOL & NORETHINDRONE ACETATE TAB 0.5-0.1 MG	Tier 1	07/01/2024
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 1	03/01/2024
CEFACLOR SUS 125/5ML	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	CEFACLOR SUS 250MG/5ML	Tier 1	02/01/2024
CEFACLOR SUS 375/5ML	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	CEFACLOR SUS 250MG/5ML	Tier 1	02/01/2024
CEFTAZIDIME/ SOL D5W 1GM	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	CEFTAZIDIME INJ	Tier 1	02/01/2024
CEFTAZIDIME/ SOL D5W 2GM	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	CEFTAZIDIME INJ	Tier 1	02/01/2024
CIPROFLOXACIN HCL TAB 100 MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	CIPROFLOXACIN HCL TAB 250 MG	Tier 1	02/01/2024
CLINDAMYCIN INJ 300MG/2ML	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	CLINDAMYCIN INJ 600MG/4ML	Tier 1	02/01/2024
EMCYT CAP 140MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	Consult Your Health Care Provider		05/01/2024
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 1	03/01/2024
FLEBOGAMMA DIF INJ 2.5GM/50ML	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	OCTAGAM INJ 2.5GM/50ML	Tier 1	03/01/2024
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 1	03/01/2024
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 1	03/01/2024
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 HYOPEN; GVOKE KIT	Tier 1	03/01/2024
HUMIRA PEN INJ CD/UC/HS	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	HUMIRA PEN INJ 40MG/0.8ML	Tier 1	04/01/2024
NEVIRAPINE TAB ER 100MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	NEVIRAPINE TAB ER 400MG	Tier 1	02/01/2024
OLOPATADINE DROPS 0.1%	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	AZELASTINE HCL OPHTH SOLN 0.05%	Tier 1	02/01/2024
PAROMOMYCIN CAP 250MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	Consult Your Health Care Provider		04/01/2024
PENICILLIN G PROCAINE INJ SUSP 600000UNIT/ML	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	PENICILLIN G POTASSIUM INJ SOLR 5000000 UNIT, 20000000 UNIT	Tier 1	03/01/2024
RISPERDAL CONSTA INJ 12.5MG	Deletion Of Drug From Formulary	Generic Available	RISPERIDONE INJ 12.5MG ER	Tier 1	05/01/2024
RISPERDAL CONSTA INJ 25MG	Deletion Of Drug From Formulary	Generic Available	RISPERIDONE INJ 25MG ER	Tier 1	05/01/2024
RISPERDAL CONSTA INJ 37.5MG	Deletion Of Drug From Formulary	Generic Available	RISPERIDONE INJ 37.5MG ER	Tier 1	05/01/2024

CY2024\_07.01\_1T\_SNP  
H0423\_MEM24\_3208\_C 07102024

Name of Affected Drug	Description of Change	Reason for Change	Alternative Drug(s) *	Alternative Drug(s) Cost-Sharing Tier	Effective Date
RISPERDAL CONSTA INJ 50MG	Deletion Of Drug From Formulary	Generic Available	RISPERIDONE INJ 50MG ER	Tier 1	05/01/2024
STAVUDINE CAP	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	ABACAVIR TAB; EMTRICITABINE CAP; LAMIVUDINE 150 MG, 300 MG TAB; ZIDOVUDINE TAB	Tier 1	01/01/2024
SYMJEPI INJ 0.15MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	EPINEPHRINE INJ 0.15MG	Tier 1	02/01/2024
SYMJEPI INJ 0.3MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	EPINEPHRINE INJ 0.3MG	Tier 1	02/01/2024
SYNRIBO INJ 3.5MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	ICLUSIG TAB; SCEMBLIX TAB	Tier 1	02/01/2024
TRICARE TAB PRENATAL	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	PRENATAL TAB 27-1MG	Tier 1	01/01/2024
VANADOM TAB 350MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	CARISOPRODOL TAB 350 MG	Tier 1	03/01/2024
VOTRIENT TAB 200MG	Deletion Of Drug From Formulary	Generic Available	PAZOPANIB HCL TAB 200 MG	Tier 1	05/01/2024
VRAYLAR CAP 1.5-3MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	VRAYLAR CAP	Tier 1	06/01/2024

\*Alternative drug(s) are drugs that you could consider with your prescriber. Only your prescriber can determine alternative drugs that are appropriate for you given the individualized nature of drug therapy. Please consult your prescriber to confirm if this is an appropriate drug for you.

## Cambios al formulario de MetroPlusHealth

**MetroPlusHealth** puede eliminar de inmediato un medicamento de marca en nuestra lista de medicamentos si lo reemplazamos con un nuevo medicamento genérico, que aparecerá en el mismo nivel de participación en los costos o menor 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 moverlo inmediatamente a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones. Es posible que no le informemos con anticipación antes de hacer ese cambio, pero luego le brindaremos información sobre los cambios específicos que hemos realizado. Además, si la Administración de Alimentos y Medicamentos considera que un medicamento de nuestro formulario no es seguro o si el fabricante del medicamento lo retira del mercado, podemos eliminar de inmediato el medicamento de nuestro formulario y les avisaremos a los miembros que toman el medicamento.

Durante todo el año, antes de hacer otros cambios a nuestra lista de medicamentos que afecten a miembros que actualmente toman un medicamento y que debemos notificarles con anticipación, daremos aviso del cambio a los miembros afectados por lo menos 30 días antes de que el cambio entre en vigor, o cuando el miembro solicite los que se surtan sus medicamentos, momento en el que el miembro recibirá un suministro para un mes del medicamento.

Si usted es afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos o en las restricciones, dependiendo del tipo de cambio, podría haber diferentes opciones a considerar. Por ejemplo:

Es posible que pueda tomar otro medicamento de la lista de medicamentos para tratar su afección médica. A continuación, se muestran medicamentos alternativos para ayudarle a su profesional médico a encontrar un medicamento cubierto que pueda funcionar en su caso. Pregúntele a su profesional médico si alguno de los posibles medicamentos alternativos es una buena opción para usted.

Usted, su profesional médico o su representante autorizado también pueden solicitar una excepción. El aviso que le haremos llegar también incluirá información sobre los pasos que debe seguir para solicitar una excepción. Para ver más información acerca de las decisiones sobre la cobertura y cómo solicitar una excepción, consulte su *evidencia de cobertura* o llame a Atención al Cliente al teléfono 866-693-4615 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

La siguiente tabla describe los cambios a nuestro formulario que podrían afectarlo:

Nombre del medicamento afectado	Descripción del cambio	Motivo del cambio	Medicamentos alternativos *	Nivel de costo compartido de los medicamentos alternativos	Fecha de entrada en vigor
AMABELZ COMPRIMIDOS 0.5-0.1 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	ESTRADIO Y ACETARO DE NORETINDRONA COMPRIMIDOS 0.5-0.1 MG	Nivel 1	1/jul/2024
AMABELZ COMPRIMIDOS 1-0.5 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	ESTRADIO Y ACETARO DE NORETINDRONA COMPRIMIDOS 1-0.5 MG; MIMVEY COMPRIMIDOS 1-0.5 MG	Nivel 1	1/mar/2024
CEFACLOR SUSPENSIÓN 125/5 ML	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	CEFACLOR SUSPENSIÓN 250 MG/5 ML	Nivel 1	1/feb/2024
CEFACLOR SUSPENSIÓN 375/5 ML	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	CEFACLOR SUSPENSIÓN 250 MG/5 ML	Nivel 1	1/feb/2024
CEFTAZIDIMA/ SOL. D5W 1 GM	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	CEFTAZIDIMA INYEC.	Nivel 1	1/feb/2024
CEFTAZIDIMA/ SOL. D5W 2 GM	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	CEFTAZIDIMA INYEC.	Nivel 1	1/feb/2024
CIPROFLOXACINA HCL COMPRIMIDOS 100 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	CIPROFLOXACINA HCL COMPRIMIDOS 250 MG	Nivel 1	1/feb/2024
CLINDAMICINA INYEC. 300 MG/2 ML	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	CLINDAMICINA INYEC. 600 MG/4 ML	Nivel 1	1/feb/2024
EMCYT CÁPSULAS 140 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	Consulte a su proveedor de atención médica		1/may/2024
FLEBOGAMMA DIF INYEC. 10 GM/100 ML	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	BIVIGAM INYEC. 10 GM/100 ML; GAMMAPLEX INYEC. 10 GM/100 ML; OCTAGAM INYEC. 10 GM/100 ML; PRIVIGEN INYEC. 10 GM/100 ML	Nivel 1	1/mar/2024
FLEBOGAMMA DIF INYEC. 2.5 GM/50 ML	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	OCTAGAM INYEC. 2.5 GM/50 ML	Nivel 1	1/mar/2024
FLEBOGAMMA DIF INYEC. 20 GM/200 ML	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	GAMMAPLEX INYEC. 20 GM/200 ML; OCTAGAM INYEC. 20 GM/200 ML; PRIVIGEN INYEC. 20 GM/200 ML	Nivel 1	1/mar/2024
FLEBOGAMMA DIF INYEC. 5 GM/50 ML	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	BIVIGAM INYEC. 5 GM/50 ML; GAMMAPLEX INYEC. 5 GM/50 ML; OCTAGAM INYEC. 5 GM/50 ML; PRIVIGEN INJ INYEC. 5 GM/50 ML	Nivel 1	1/mar/2024
GVOKE PFS INYEC. JERINGA PRECARGADA 0.5 MG/0.1 ML	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	GVOKE PFS INYEC. JERINGA PRECARGADA 1 MG/0.2 ML; GVOKE HYPOPEN; KIT DE GVOKE	Nivel 1	1/mar/2024
HUMIRA EN DISPOSITIVO DE INYECCIÓN CD/UC/HS	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	HUMIRA EN DISPOSITIVO DE INYECCIÓN 40 MG/0.8 ML	Nivel 1	1/abr/2024
NEVIRAPINA COMPRIMIDOS LIBERACIÓN PROLONGADA 100 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	NEVIRAPINA COMPRIMIDOS LIBERACIÓN PROLONGADA 400 MG	Nivel 1	1/feb/2024

CY2024\_07.01\_1T\_SNP  
H0423\_MEM24\_3208s\_C 07102024

Nombre del medicamento afectado	Descripción del cambio	Motivo del cambio	Medicamentos alternativos *	Nivel de costo compartido de los medicamentos alternativos	Fecha de entrada en vigor
OLOPATADINA GOTAS 0.1%	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	AZELASTINA HCL SOLUCIÓN OFTÁLMICA 0.05%	Nivel 1	1/feb/2024
PAROMOMICINA CÁPSULAS 250 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	Consulte a su proveedor de atención médica		1/abr/2024
PENICILINA G PROCAÍNA INYEC. SUSPENSIÓN 600000 UNIDADES/ML	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	PENICILINA G POTÁSICA INYEC. SOLUCIÓN RECONSTITUÍDA 5000000 UNIDADES, 20000000 UNIDADES	Nivel 1	1/mar/2024
RISPERDAL CONSTA INYEC. 12.5 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Genérico disponible	RISPERIDONA INYEC. 12.5 MG LIBERACIÓN PROLONGADA	Nivel 1	1/may/2024
RISPERDAL CONSTA INYEC. 25 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Genérico disponible	RISPERIDONA INYEC. 25 MG LIBERACIÓN PROLONGADA	Nivel 1	1/may/2024
RISPERDAL CONSTA INYEC. 37.5 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Genérico disponible	RISPERIDONA INYEC. 37.5 MG LIBERACIÓN PROLONGADA	Nivel 1	1/may/2024
RISPERDAL CONSTA INYEC. 50 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Genérico disponible	RISPERIDONA INYEC. 50 MG LIBERACIÓN PROLONGADA	Nivel 1	1/may/2024
ESTAVUDINA CÁPSULAS	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	ABACAVIR COMPRIMIDOS; EMTRICITABINA CÁPSULAS; LAMIVUDINA 150 MG, 300 MG COMPRIMIDOS; ZIDOVUDINA COMPRIMIDOS	Nivel 1	1/ene/2024
SYMJEPI INYEC. 0.15 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	EPINEFRINA INYEC. 0.15 MG	Nivel 1	1/feb/2024
SYMJEPI INYEC. 0.3 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	EPINEFRINA INYEC. 0.3 MG	Nivel 1	1/feb/2024
SYNRIBO INYEC. 3.5 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	ICLUSIG COMPRIMIDOS; SCEMBLIX COMPRIMIDOS	Nivel 1	1/feb/2024
TRICARE PRENATAL COMPRIMIDOS	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	PRENATAL COMPRIMIDOS 27-1 MG	Nivel 1	1/ene/2024
VANADOM COMPRIMIDOS 350 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	CARISOPRODOL COMPRIMIDOS 350 MG	Nivel 1	1/mar/2024
VOTRIENT COMPRIMIDOS 200 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Genérico disponible	PAZOPANIB HCL COMPRIMIDOS 200 MG	Nivel 1	1/may/2024
VRAYLAR CÁPSULAS 1.5-3 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	VRAYLAR CÁPSULAS	Nivel 1	1/jun/2024

\*Los medicamentos alternativos son medicamentos cuyo uso puede considerar, junto con su profesional médico. Solamente su profesional médico puede determinar los medicamentos alternativos que son apropiados para usted, dada la naturaleza personalizada de la terapia farmacéutica. Consulte a su profesional médico para confirmar si este es un medicamento apropiado para usted.

## MetroPlusHealth 《處方一覽表》變更

如果 **MetroPlusHealth** 用一種新的、位於相同或較低費用分攤層級的、具有相同或更少限制的學名藥替代某種品牌藥，我們可立即將該品牌藥從我們的《藥物清單》上移除。或者，在增加新學名藥時，我們可能會決定將品牌藥保留在我們的《藥物清單》中，但會立即將其移至另外一個費用分攤層級或增加新的限制。我們可能不會在進行變更之前提前告知您，但我們之後會向您提供有關我們所做出的具體變更的資訊。此外，如果美國食品藥物管理局裁定我們處方一覽表上的一種藥品不安全或此藥品的製造商將藥品撤出市場，我們可立即將此藥品從我們的《處方一覽表》上移除並通知服用此藥品的會員。

我們在年內對《藥物清單》執行會對目前正在服用某種藥品的會員產生影響的其他變更之前，如果按規定我們需要提供提前變更通知，那麼我們將在變更生效前至少 30 天內通知受影響的會員這一變更情況，或在會員要求續開藥品時進行通知，在這種情況下，此會員將獲得一個月的藥品供應量。

如果您受到藥品保險範圍或限制變更的影響，根據變更類型的不同，您將可考慮不同的選項。例如：

您可能可以使用我們的《藥物清單》上的另一種藥品治療您的疾病。下方已列出替代藥品，以幫助您的開藥醫生找到可能對您有效的承保藥品。請向您的開藥醫生諮詢是否有適合您的替代藥品。

您、您的開藥醫生或您的授權代表還可以申請特例處理。我們向您提供的通知中還將包括申請特例處理的步驟的相關資訊。如需瞭解有關保險決定的更多資訊以及如何申請特例處理，請參閱您的《承保福利說明》，或致電客戶關懷部，電話 866-693-4615（聽力障礙電傳：711），該號碼每週 7 天，每天 24 小時開放。

下表列出了可能對您產生影響的《處方一覽表》變更。

受影響藥品名稱	變更描述	變更原因	替代藥品*	替代藥品分攤費用等級	生效日期
AMABELZ 片劑 0.5-0.1 毫克	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	ESTRADIOL & NORETHINDRONE ACETATE 片劑 0.5-0.1 毫克	第 1 級	2024 年 7 月 1 日
AMABELZ 片劑 1-0.5 毫克	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	ESTRADIOL & NORETHINDRONE ACETATE 片劑 1-0.5 毫克；MIMVEY 片劑 1-0.5 毫克	第 1 級	2024 年 3 月 1 日
CEFACLOR SUS 125/5 毫升	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	CEFACLOR SUS 250 毫克/5 毫升	第 1 級	2024 年 2 月 1 日
CEFACLOR SUS 375/5 毫升	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	CEFACLOR SUS 250 毫克/5 毫升	第 1 級	2024 年 2 月 1 日
CEFTAZIDIME/ SOL D5W 1 克	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	CEFTAZIDIME 注射劑	第 1 級	2024 年 2 月 1 日
CEFTAZIDIME/ SOL D5W 2 克	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	CEFTAZIDIME 注射劑	第 1 級	2024 年 2 月 1 日
CIPROFLOXACIN HCL 片劑 100 毫克	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	CIPROFLOXACIN HCL 片劑 250 毫克	第 1 級	2024 年 2 月 1 日
CLINDAMYCIN 注射劑 300 毫克/2 毫升	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	CLINDAMYCIN 注射劑 600 毫克/4 毫升	第 1 級	2024 年 2 月 1 日
EMCYT 膠囊 140 毫克	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	諮詢您的醫療保健服務提供者		2024 年 5 月 1 日
FLEBOGAMMA DIF 注射劑 10 克/100 毫升	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	BIVIGAM 注射劑 10 克/100 毫升； GAMMAPLEX 注射劑 10 克/100 毫升； OCTAGAM 注射劑 10 克/100 毫升； PRIVIGEN 注射劑 10 克/100 毫升	第 1 級	2024 年 3 月 1 日
FLEBOGAMMA DIF 注射劑 2.5 克/50 毫升	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	OCTAGAM 注射劑 2.5 克/50 毫升	第 1 級	2024 年 3 月 1 日
FLEBOGAMMA DIF 注射劑 20 克/200 毫升	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	GAMMAPLEX 注射劑 20 克/200 毫升； OCTAGAM 注射劑 20 克/200 毫升； PRIVIGEN 注射劑 20 克/200 毫升	第 1 級	2024 年 3 月 1 日
FLEBOGAMMA DIF 注射劑 5 克/50 毫升	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	BIVIGAM 注射劑 5 克/50 毫升； GAMMAPLEX 注射劑 5 克/50 毫升； OCTAGAM 注射劑 5 克/50 毫升； PRIVIGEN 注射劑 5 克/50 毫升	第 1 級	2024 年 3 月 1 日
GVOKE PFS 注射劑 PREF 注射器 0.5 毫克/0.1 毫升	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	GVOKE PFS 注射劑 PREF 注射器 1 毫克 /0.2 毫升；GVOKE HYPOPEN；GVOKE KIT	第 1 級	2024 年 3 月 1 日
HUMIRA PEN 注射劑 CD/UC/HS	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	HUMIRA PEN 注射劑 40 毫克/0.8 毫升	第 1 級	2024 年 4 月 1 日
NEVIRAPINE 片劑 緩釋 100 毫克	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	NEVIRAPINE 片劑 緩釋 400 毫克	第 1 級	2024 年 2 月 1 日
OLOPATADINE 滴劑 0.1%	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	AZELASTINE HCL 眼用溶液 0.05%	第 1 級	2024 年 2 月 1 日
PAROMOMYCIN 膠囊 250 毫克	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	諮詢您的醫療保健服務提供者		2024 年 4 月 1 日



受影響藥品名稱	變更描述	變更原因	替代藥品*	替代藥品分攤費用等級	生效日期
PENICILLIN G PROCAINE 注射劑 混懸液 600000 單位/毫升	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	PENICILLIN G POTASSIUM 注射劑 SOLR 5000000 單位，20000000 單位	第 1 級	2024 年 3 月 1 日
RISPERDAL CONSTA 注射劑 12.5 毫克	藥品從《處方一覽表》中刪除	學名藥可用	RISPERIDONE 注射劑 12.5 毫克 緩釋	第 1 級	2024 年 5 月 1 日
RISPERDAL CONSTA 注射劑 25 毫克	藥品從《處方一覽表》中刪除	學名藥可用	RISPERIDONE 注射劑 25 毫克 緩釋	第 1 級	2024 年 5 月 1 日
RISPERDAL CONSTA 注射劑 37.5 毫克	藥品從《處方一覽表》中刪除	學名藥可用	RISPERIDONE 注射劑 37.5 毫克 緩釋	第 1 級	2024 年 5 月 1 日
RISPERDAL CONSTA 注射劑 50 毫克	藥品從《處方一覽表》中刪除	學名藥可用	RISPERIDONE 注射劑 50 毫克 緩釋	第 1 級	2024 年 5 月 1 日
STAVUDINE 膠囊	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	ABACAVIR 片劑；EMTRICITABINE 膠囊；LAMIVUDINE 150 毫克，300 毫克片劑；ZIDOVUDINE 片劑	第 1 級	2024 年 1 月 1 日
SYMJEPI 注射劑 0.15 毫克	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	EPINEPHRINE 注射劑 0.15 毫克	第 1 級	2024 年 2 月 1 日
SYMJEPI 注射劑 0.3 毫克	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	EPINEPHRINE 注射劑 0.3 毫克	第 1 級	2024 年 2 月 1 日
SYNRIBO 注射劑 3.5 毫克	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	ICLUSIG 片劑；SCEMBLIX 片劑	第 1 級	2024 年 2 月 1 日
TRICARE 片劑 PRENATAL	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	PRENATAL 片劑 27-1 毫克	第 1 級	2024 年 1 月 1 日
VANADOM 片劑 350 毫克	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	CARISOPRODOL 片劑 350 毫克	第 1 級	2024 年 3 月 1 日
VOTRIENT 片劑 200 毫克	藥品從《處方一覽表》中刪除	學名藥可用	PAZOPANIB HCL 片劑 200 毫克	第 1 級	2024 年 5 月 1 日
VRAYLAR 膠囊 1.5-3 毫克	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	VRAYLAR 膠囊	第 1 級	2024 年 6 月 1 日

\*替代藥品需要您和開藥醫生一起討論。鑒於藥物治療的個體化性質，只有您的開藥醫生才能確定適合您的替代藥品。請諮詢您的開藥醫生，確認藥品是否適合您。

## MetroPlusHealth 处方一览表的变更

如果 **MetroPlusHealth** 预备用一种新的仿制药（该仿制药的成本分摊层级相同或更低，限制条件相同或更少）替换药品清单中的品牌药，我们可能会立即从药物清单中移除该品牌药。或者在添加新的仿制药时，我们可能会决定在药品清单中保留该品牌药，但会立即将其移至不同的成本分摊层级或添加新的限制条件。在变更之前，我们可能不会提前告知您，但我们在变更后会向您提供有关具体变更的信息。此外，如果美国食品药品监督管理局认为我们处方一览表上的某种药物不安全，或者该药物的制造商让其退出市场，我们可能会立即从处方一览表中删除该药物，并通知服用该药物的会员。

在某年度对我们的药物清单进行其他变更（此类变更会影响正在服药的会员且需要我们予以提前通知）之前，我们将在变更生效前至少 **30** 天内，或者在会员要求续配药物时，向受影响的会员告知变更情况，届时会员将获得一个月的药量。

如果您受到药物承保范围或限制条件变更的影响，根据变更类型的不同，您可考虑不同的选项。例如：

您可以使用我们药物清单上的其他药物治疗您的病症。下方提供了替代药物，有助于您的处方医生找到可能对您有效的承保药物。询问您的处方医生是否有适合您的潜在替代药物。

您、您的处方医生或您的授权代表也可提出例外申请。我们向您提供的通知还包含有关例外申请的步骤信息。如需了解有关承保范围决策以及如何提出例外申请的详情，请参阅您的《承保福利说明》，或致电全年每天 **24** 小时客服热线电话：**866-693-4615**（听力障碍电传：**711**）。

下表列明了可能对您造成影响的处方一览表的变更情况。

受影响药物名	变更说明	变更原因	替代药物 *	替代药物的成本分摊层级	生效日期
AMABELZ TAB 0.5-0.1 MG	从处方一览表中删除药物	制造商停产	ESTRADIOL & NORETHINDRONE ACETATE TAB 0.5-0.1 MG	第 1 级	2024 年 7 月 1 日
AMABELZ TAB 1-0.5MG	从处方一览表中删除药物	制造商停产	ESTRADIOL & NORETHINDRONE ACETATE TAB 1-0.5 MG; MIMVEY TAB 1-0.5 MG	第 1 级	2024 年 3 月 1 日
CEFACTOR SUS 125/5ML	从处方一览表中删除药物	制造商停产	CEFACTOR SUS 250MG/5ML	第 1 级	2024 年 2 月 1 日
CEFACTOR SUS 375/5ML	从处方一览表中删除药物	制造商停产	CEFACTOR SUS 250MG/5ML	第 1 级	2024 年 2 月 1 日
CEFTAZIDIME/ SOL D5W 1GM	从处方一览表中删除药物	制造商停产	CEFTAZIDIME INJ	第 1 级	2024 年 2 月 1 日
CEFTAZIDIME/ SOL D5W 2GM	从处方一览表中删除药物	制造商停产	CEFTAZIDIME INJ	第 1 级	2024 年 2 月 1 日
CIPROFLOXACIN HCL TAB 100 MG	从处方一览表中删除药物	制造商停产	CIPROFLOXACIN HCL TAB 250 MG	第 1 级	2024 年 2 月 1 日
CLINDAMYCIN INJ 300MG/2ML	从处方一览表中删除药物	制造商停产	CLINDAMYCIN INJ 600MG/4ML	第 1 级	2024 年 2 月 1 日
EMCYT CAP 140MG	从处方一览表中删除药物	制造商停产	咨询您的医疗保健服务提供者		2024 年 5 月 1 日
FLEBOGAMMA DIF INJ 10GM/100ML	从处方一览表中删除药物	制造商停产	BIVIGAM INJ 10GM/100ML; GAMMAPLEX INJ 10GM/100ML; OCTAGAM INJ 10GM/100ML; PRIVIGEN INJ 10GM/100ML	第 1 级	2024 年 3 月 1 日
FLEBOGAMMA DIF INJ 2.5GM/50ML	从处方一览表中删除药物	制造商停产	OCTAGAM INJ 2.5GM/50ML	第 1 级	2024 年 3 月 1 日
FLEBOGAMMA DIF INJ 20GM/200ML	从处方一览表中删除药物	制造商停产	GAMMAPLEX INJ 20GM/200ML; OCTAGAM INJ 20GM/200ML; PRIVIGEN INJ 20GM/200ML	第 1 级	2024 年 3 月 1 日
FLEBOGAMMA DIF INJ 5GM/50ML	从处方一览表中删除药物	制造商停产	BIVIGAM INJ 5GM/50ML; GAMMAPLEX INJ 5GM/50ML; OCTAGAM INJ 5GM/50ML; PRIVIGEN INJ 5GM/50ML	第 1 级	2024 年 3 月 1 日
GVOKE PFS INJ PREF SYRINGE 0.5 MG/0.1ML	从处方一览表中删除药物	制造商停产	GVOKE PFS INJ PREF SYRINGE 1MG/0.2ML; GVOKE HYPOPEN; GVOKE KIT	第 1 级	2024 年 3 月 1 日
HUMIRA PEN INJ CD/UC/HS	从处方一览表中删除药物	制造商停产	HUMIRA PEN INJ 40MG/0.8ML	第 1 级	2024 年 4 月 1 日
NEVIRAPINE TAB ER 100MG	从处方一览表中删除药物	制造商停产	NEVIRAPINE TAB ER 400MG	第 1 级	2024 年 2 月 1 日
OLOPATADINE DROPS 0.1%	从处方一览表中删除药物	制造商停产	AZELASTINE HCL OPHTH SOLN 0.05%	第 1 级	2024 年 2 月 1 日
PAROMOMYCIN CAP 250MG	从处方一览表中删除药物	制造商停产	咨询您的医疗保健服务提供者		2024 年 4 月 1 日
PENICILLIN G PROCAINE INJ SUSP 600000UNIT/ML	从处方一览表中删除药物	制造商停产	PENICILLIN G POTASSIUM INJ SOLR 5000000 UNIT, 20000000 UNIT	第 1 级	2024 年 3 月 1 日

CY2024\_07.01\_1T\_SNP  
H0423\_MEM24\_3208c\_C 07102024

受影响药物名	变更说明	变更原因	替代药物 *	替代药物的成本分摊层级	生效日期
RISPERDAL CONSTA INJ 12.5MG	从处方一览表中删除药物	可用仿制药	RISPERIDONE INJ 12.5MG ER	第 1 级	2024 年 5 月 1 日
RISPERDAL CONSTA INJ 25MG	从处方一览表中删除药物	可用仿制药	RISPERIDONE INJ 25MG ER	第 1 级	2024 年 5 月 1 日
RISPERDAL CONSTA INJ 37.5MG	从处方一览表中删除药物	可用仿制药	RISPERIDONE INJ 37.5MG ER	第 1 级	2024 年 5 月 1 日
RISPERDAL CONSTA INJ 50MG	从处方一览表中删除药物	可用仿制药	RISPERIDONE INJ 50MG ER	第 1 级	2024 年 5 月 1 日
STAVUDINE CAP	从处方一览表中删除药物	制造商停产	ABACAVIR TAB; EMTRICITABINE CAP; LAMIVUDINE 150 MG、300 MG TAB; ZIDOVUDINE TAB	第 1 级	2024 年 1 月 1 日
SYMJEPI INJ 0.15MG	从处方一览表中删除药物	制造商停产	EPINEPHRINE INJ 0.15MG	第 1 级	2024 年 2 月 1 日
SYMJEPI INJ 0.3MG	从处方一览表中删除药物	制造商停产	EPINEPHRINE INJ 0.3MG	第 1 级	2024 年 2 月 1 日
SYNRIBO INJ 3.5MG	从处方一览表中删除药物	制造商停产	ICLUSIG TAB; SCEMLIX TAB	第 1 级	2024 年 2 月 1 日
TRICARE TAB PRENATAL	从处方一览表中删除药物	制造商停产	PRENATAL TAB 27-1MG	第 1 级	2024 年 1 月 1 日
VANADOM TAB 350MG	从处方一览表中删除药物	制造商停产	CARISOPRODOL TAB 350 MG	第 1 级	2024 年 3 月 1 日
VOTRIENT TAB 200MG	从处方一览表中删除药物	可用仿制药	PAZOPANIB HCL TAB 200 MG	第 1 级	2024 年 5 月 1 日
VRAYLAR CAP 1.5-3MG	从处方一览表中删除药物	制造商停产	VRAYLAR CAP	第 1 级	2024 年 6 月 1 日

\*替代药物是指您可以与处方医生一起考虑用于治疗的药物。鉴于药物治疗的个体化特质，只有您的处方医生才能确定适合您的替代药物。请咨询您的处方医生，确认替代药物是否适合您。