

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
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 1	10/01/2024
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
CYCLOPHOSPHAMIDE INJ 2GM/4ML	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	CYCLOPHOSPHAMIDE INJ 2GM/10ML	Tier 1	09/01/2024
CYCLOSPORINE INJ 50MG/ML	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	Consult Your Health Care Provider		09/01/2024
EFAVIRENZ CAP 200MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	EFAVIRENZ TAB 600MG	Tier 1	11/01/2024
EFAVIRENZ CAP 50MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	EFAVIRENZ TAB 600MG	Tier 1	11/01/2024
EMCYT CAP 140MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	Consult Your Health Care Provider		05/01/2024
ERYTHROCIN TAB 250MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	ERYTHROMYCIN TAB 250MG EC	Tier 1	10/01/2024
EXKIVITY CAP 40MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	Consult Your Health Care Provider		08/01/2024
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

CY2024_11.01_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
HUMIRA PEDIA INJ CROHNS KIT 80 MG/0.8ML & 40 MG/0.4ML	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	HUMIRA PEN STARTER KIT CD/UC/HS	Tier 1	08/01/2024
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS D PSKT 80MG/0.8ML	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	HUMIRA PEN STARTER KIT CD/UC/HS	Tier 1	08/01/2024
HUMIRA PEN INJ CD/UC/HS	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	HUMIRA PEN INJ 40MG/0.8ML	Tier 1	04/01/2024
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER PNKT 40MG/0.8ML	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	HUMIRA PEN INJ KIT 40 MG/0.8ML	Tier 1	08/01/2024
LEXIVA SUS 50MG/ML	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	FOSAMPRENAVIR TAB 700 MG	Tier 1	10/01/2024
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
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
TAZTIA XT CAP	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	DILTIAZEM HCL ER BEADS CAP; TIADYLT CAP	Tier 1	09/01/2024
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
ZEJULA CAP 100MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	ZEJULA TAB	Tier 1	09/01/2024
ZOLEDRONIC ACID IV SOLN 4 MG/100ML	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	ZOLEDRONIC ACID INJ 4MG/5ML	Tier 1	10/01/2024

CY2024_11.01_1T_SNP
H0423_MEM24_3208_C 07102024

*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 costos compartidos 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 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 al Servicio de Atención al Cliente al teléfono 1-866-693-4615 (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 TAB 0.5-0.1 MG	Eliminación del medicamento del Formulario	Descontinuación del fabricante	ESTRADIOL & NORETHINDRONE ACETATE TAB 0.5-0.1 MG	Tier 1	07/01/2024
AMABELZ TAB 1-0.5MG	Eliminación del medicamento del Formulario	Descontinuación del fabricante	ESTRADIOL & NORETHINDRONE ACETATE TAB 1-0.5 MG; MIMVEY TAB 1-0.5 MG	Tier 1	03/01/2024
AMOXICILLIN & K CLAVULANATE CHEW TAB 200-28.5 MG	Eliminación del medicamento del Formulario	Descontinuación del fabricante	AMOXICILLIN & K CLAVULANATE FOR SUSP 200-28.5 MG/5ML	Tier 1	10/01/2024
CEFACLOR SUS 125/5ML	Eliminación del medicamento del Formulario	Descontinuación del fabricante	CEFACLOR SUS 250MG/5ML	Tier 1	02/01/2024
CEFACLOR SUS 375/5ML	Eliminación del medicamento del Formulario	Descontinuación del fabricante	CEFACLOR SUS 250MG/5ML	Tier 1	02/01/2024
CEFTAZIDIME/ SOL D5W 1GM	Eliminación del medicamento del Formulario	Descontinuación del fabricante	CEFTAZIDIME INJ	Tier 1	02/01/2024
CEFTAZIDIME/ SOL D5W 2GM	Eliminación del medicamento del Formulario	Descontinuación del fabricante	CEFTAZIDIME INJ	Tier 1	02/01/2024
CIPROFLOXACIN HCL TAB 100 MG	Eliminación del medicamento del Formulario	Descontinuación del fabricante	CIPROFLOXACIN HCL TAB 250 MG	Tier 1	02/01/2024
CLINDAMYCIN INJ 300MG/2ML	Eliminación del medicamento del Formulario	Descontinuación del fabricante	CLINDAMYCIN INJ 600MG/4ML	Tier 1	02/01/2024
CYCLOPHOSPHAMIDE INJ 2GM/4ML	Eliminación del medicamento del Formulario	Descontinuación del fabricante	CYCLOPHOSPHAMIDE INJ 2GM/10ML	Tier 1	09/01/2024
CYCLOSPORINE INJ 50MG/ML	Eliminación del medicamento del Formulario	Descontinuación del fabricante	Consult Your Health Care Provider		09/01/2024
EFAVIRENZ CAP 200MG	Eliminación del medicamento del Formulario	Descontinuación del fabricante	EFAVIRENZ TAB 600MG	Tier 1	11/01/2024
EFAVIRENZ CAP 50MG	Eliminación del medicamento del Formulario	Descontinuación del fabricante	EFAVIRENZ TAB 600MG	Tier 1	11/01/2024
EMCYT CAP 140MG	Eliminación del medicamento del Formulario	Descontinuación del fabricante	Consult Your Health Care Provider		05/01/2024
ERYTHROCIN TAB 250MG	Eliminación del medicamento del Formulario	Descontinuación del fabricante	ERYTHROMYCIN TAB 250MG EC	Tier 1	10/01/2024
EXKIVITY CAP 40MG	Eliminación del medicamento del Formulario	Descontinuación del fabricante	Consult Your Health Care Provider		08/01/2024
FLEBOGAMMA DIF INJ 10GM/100ML	Eliminación del medicamento del Formulario	Descontinuación del fabricante	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	Eliminación del medicamento del Formulario	Descontinuación del fabricante	OCTAGAM INJ 2.5GM/50ML	Tier 1	03/01/2024

CY2024_11.01_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
FLEBOGAMMA DIF INJ 20GM/200ML	Eliminación del medicamento del Formulario	Descontinuación del fabricante	GAMMAPLEX INJ 20GM/200ML; OCTAGAM INJ 20GM/200ML; PRIVIGEN INJ 20GM/200ML	Tier 1	03/01/2024
FLEBOGAMMA DIF INJ 5GM/50ML	Eliminación del medicamento del Formulario	Descontinuación del fabricante	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	Eliminación del medicamento del Formulario	Descontinuación del fabricante	GVOKE PFS INJ PREF SYRINGE 1MG/0.2ML; GVOKE HYPOPEN; GVOKE KIT	Tier 1	03/01/2024
HUMIRA PEDIA INJ CROHNS KIT 80 MG/0.8ML & 40 MG/0.4ML	Eliminación del medicamento del Formulario	Descontinuación del fabricante	HUMIRA PEN STARTER KIT CD/UC/HS	Tier 1	08/01/2024
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS D PSKT 80MG/0.8ML	Eliminación del medicamento del Formulario	Descontinuación del fabricante	HUMIRA PEN STARTER KIT CD/UC/HS	Tier 1	08/01/2024
HUMIRA PEN INJ CD/UC/HS	Eliminación del medicamento del Formulario	Descontinuación del fabricante	HUMIRA PEN INJ 40MG/0.8ML	Tier 1	04/01/2024
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER PNKT 40MG/0.8ML	Eliminación del medicamento del Formulario	Descontinuación del fabricante	HUMIRA PEN INJ KIT 40 MG/0.8ML	Tier 1	08/01/2024
LEXIVA SUS 50MG/ML	Eliminación del medicamento del Formulario	Descontinuación del fabricante	FOSAMPRENAVIR TAB 700 MG	Tier 1	10/01/2024
NEVIRAPINE TAB ER 100MG	Eliminación del medicamento del Formulario	Descontinuación del fabricante	NEVIRAPINE TAB ER 400MG	Tier 1	02/01/2024
OLOPATADINE DROPS 0.1%	Eliminación del medicamento del Formulario	Descontinuación del fabricante	AZELASTINE HCL OPHTH SOLN 0.05%	Tier 1	02/01/2024
PAROMOMYCIN CAP 250MG	Eliminación del medicamento del Formulario	Descontinuación del fabricante	Consult Your Health Care Provider		04/01/2024
PENICILLIN G PROCAINE INJ SUSP 600000UNIT/ML	Eliminación del medicamento del Formulario	Descontinuación del fabricante	PENICILLIN G POTASSIUM INJ SOLR 5000000 UNIT, 20000000 UNIT	Tier 1	03/01/2024
RISPERDAL CONSTA INJ 12.5MG	Eliminación del medicamento del Formulario	Genérico disponible	RISPERIDONE INJ 12.5MG ER	Tier 1	05/01/2024
RISPERDAL CONSTA INJ 25MG	Eliminación del medicamento del Formulario	Genérico disponible	RISPERIDONE INJ 25MG ER	Tier 1	05/01/2024
RISPERDAL CONSTA INJ 37.5MG	Eliminación del medicamento del Formulario	Genérico disponible	RISPERIDONE INJ 37.5MG ER	Tier 1	05/01/2024
RISPERDAL CONSTA INJ 50MG	Eliminación del medicamento del Formulario	Genérico disponible	RISPERIDONE INJ 50MG ER	Tier 1	05/01/2024
STAVUDINE CAP	Eliminación del medicamento del Formulario	Descontinuación del fabricante	ABACAVIR TAB; EMTRICITABINE CAP; LAMIVUDINE 150 MG, 300 MG TAB; ZIDOVUDINE TAB	Tier 1	01/01/2024
SYMJEPI INJ 0.15MG	Eliminación del medicamento del Formulario	Descontinuación del fabricante	EPINEPHRINE INJ 0.15MG	Tier 1	02/01/2024

CY2024_11.01_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
SYMJEPI INJ 0.3MG	Eliminación del medicamento del Formulario	Descontinuación del fabricante	EPINEPHRINE INJ 0.3MG	Tier 1	02/01/2024
SYNRIBO INJ 3.5MG	Eliminación del medicamento del Formulario	Descontinuación del fabricante	ICLUSIG TAB; SCEMBLIX TAB	Tier 1	02/01/2024
TAZTIA XT CAP	Eliminación del medicamento del Formulario	Descontinuación del fabricante	DILTIAZEM HCL ER BEADS CAP; TIADYLT CAP	Tier 1	09/01/2024
TRICARE TAB PRENATAL	Eliminación del medicamento del Formulario	Descontinuación del fabricante	PRENATAL TAB 27-1MG	Tier 1	01/01/2024
VANADOM TAB 350MG	Eliminación del medicamento del Formulario	Descontinuación del fabricante	CARISOPRODOL TAB 350 MG	Tier 1	03/01/2024
VOTRIENT TAB 200MG	Eliminación del medicamento del Formulario	Genérico disponible	PAZOPANIB HCL TAB 200 MG	Tier 1	05/01/2024
VRAYLAR CAP 1.5-3MG	Eliminación del medicamento del Formulario	Descontinuación del fabricante	VRAYLAR CAP	Tier 1	06/01/2024
ZEJULA CAP 100MG	Eliminación del medicamento del Formulario	Descontinuación del fabricante	ZEJULA TAB	Tier 1	09/01/2024
ZOLEDRONIC ACID IV SOLN 4 MG/100ML	Eliminación del medicamento del Formulario	Descontinuación del fabricante	ZOLEDRONIC ACID INJ 4MG/5ML	Tier 1	10/01/2024

*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1-866-693-4615（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 TAB 0.5-0.1 MG	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	ESTRADIOL & NORETHINDRONE ACETATE TAB 0.5-0.1 MG	Tier 1	07/01/2024
AMABELZ TAB 1-0.5MG	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	ESTRADIOL & NORETHINDRONE ACETATE TAB 1-0.5 MG; MIMVEY TAB 1-0.5 MG	Tier 1	03/01/2024
AMOXICILLIN & K CLAVULANATE CHEW TAB 200-28.5 MG	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	AMOXICILLIN & K CLAVULANATE FOR SUSP 200-28.5 MG/5ML	Tier 1	10/01/2024
CEFACLOR SUS 125/5ML	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	CEFACLOR SUS 250MG/5ML	Tier 1	02/01/2024
CEFACLOR SUS 375/5ML	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	CEFACLOR SUS 250MG/5ML	Tier 1	02/01/2024
CEFTAZIDIME/ SOL D5W 1GM	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	CEFTAZIDIME INJ	Tier 1	02/01/2024
CEFTAZIDIME/ SOL D5W 2GM	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	CEFTAZIDIME INJ	Tier 1	02/01/2024
CIPROFLOXACIN HCL TAB 100 MG	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	CIPROFLOXACIN HCL TAB 250 MG	Tier 1	02/01/2024
CLINDAMYCIN INJ 300MG/2ML	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	CLINDAMYCIN INJ 600MG/4ML	Tier 1	02/01/2024
CYCLOPHOSPHAMIDE INJ 2GM/4ML	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	CYCLOPHOSPHAMIDE INJ 2GM/10ML	Tier 1	09/01/2024
CYCLOSPORINE INJ 50MG/ML	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	Consult Your Health Care Provider		09/01/2024
EFAVIRENZ CAP 200MG	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	EFAVIRENZ TAB 600MG	Tier 1	11/01/2024
EFAVIRENZ CAP 50MG	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	EFAVIRENZ TAB 600MG	Tier 1	11/01/2024
EMCYT CAP 140MG	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	Consult Your Health Care Provider		05/01/2024
ERYTHROCIN TAB 250MG	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	ERYTHROMYCIN TAB 250MG EC	Tier 1	10/01/2024
EXKIVITY CAP 40MG	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	Consult Your Health Care Provider		08/01/2024
FLEBOGAMMA DIF INJ 10GM/100ML	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	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	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	OCTAGAM INJ 2.5GM/50ML	Tier 1	03/01/2024
FLEBOGAMMA DIF INJ 20GM/200ML	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	GAMMAPLEX INJ 20GM/200ML; OCTAGAM INJ 20GM/200ML; PRIVIGEN INJ 20GM/200ML	Tier 1	03/01/2024
FLEBOGAMMA DIF INJ 5GM/50ML	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	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	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	GVOKE PFS INJ PREF SYRINGE 1MG/0.2ML; GVOKE HYOPEN; GVOKE KIT	Tier 1	03/01/2024
HUMIRA PEDIA INJ CROHNS KIT 80 MG/0.8ML & 40 MG/0.4ML	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	HUMIRA PEN STARTER KIT CD/UC/HS	Tier 1	08/01/2024

CY2024_11.01_1T_SNP
H0423_MEM24_3208c-t_C 07102024

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
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS D PSKT 80MG/0.8ML	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	HUMIRA PEN STARTER KIT CD/UC/HS	Tier 1	08/01/2024
HUMIRA PEN INJ CD/UC/HS	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	HUMIRA PEN INJ 40MG/0.8ML	Tier 1	04/01/2024
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER PNKT 40MG/0.8ML	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	HUMIRA PEN INJ KIT 40 MG/0.8ML	Tier 1	08/01/2024
LEXIVA SUS 50MG/ML	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	FOSAMPRENAVIR TAB 700 MG	Tier 1	10/01/2024
NEVIRAPINE TAB ER 100MG	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	NEVIRAPINE TAB ER 400MG	Tier 1	02/01/2024
OLOPATADINE DROPS 0.1%	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	AZELASTINE HCL OPHTH SOLN 0.05%	Tier 1	02/01/2024
PAROMOMYCIN CAP 250MG	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	Consult Your Health Care Provider		04/01/2024
PENICILLIN G PROCAINE INJ SUSP 600000UNIT/ML	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	PENICILLIN G POTASSIUM INJ SOLR 5000000 UNIT, 20000000 UNIT	Tier 1	03/01/2024
RISPERDAL CONSTA INJ 12.5MG	藥品從《處方一覽表》中刪除	學名藥可用	RISPERIDONE INJ 12.5MG ER	Tier 1	05/01/2024
RISPERDAL CONSTA INJ 25MG	藥品從《處方一覽表》中刪除	學名藥可用	RISPERIDONE INJ 25MG ER	Tier 1	05/01/2024
RISPERDAL CONSTA INJ 37.5MG	藥品從《處方一覽表》中刪除	學名藥可用	RISPERIDONE INJ 37.5MG ER	Tier 1	05/01/2024
RISPERDAL CONSTA INJ 50MG	藥品從《處方一覽表》中刪除	學名藥可用	RISPERIDONE INJ 50MG ER	Tier 1	05/01/2024
STAVUDINE CAP	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	ABACAVIR TAB; EMTRICITABINE CAP; LAMIVUDINE 150 MG, 300 MG TAB; ZIDOVUDINE TAB	Tier 1	01/01/2024
SYMJEPI INJ 0.15MG	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	EPINEPHRINE INJ 0.15MG	Tier 1	02/01/2024
SYMJEPI INJ 0.3MG	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	EPINEPHRINE INJ 0.3MG	Tier 1	02/01/2024
SYNRIBO INJ 3.5MG	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	ICLUSIG TAB; SCEMBLIX TAB	Tier 1	02/01/2024
TAZTIA XT CAP	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	DILTIAZEM HCL ER BEADS CAP; TIADYLT CAP	Tier 1	09/01/2024
TRICARE TAB PRENATAL	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	PRENATAL TAB 27-1MG	Tier 1	01/01/2024
VANADOM TAB 350MG	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	CARISOPRODOL TAB 350 MG	Tier 1	03/01/2024
VOTRIENT TAB 200MG	藥品從《處方一覽表》中刪除	學名藥可用	PAZOPANIB HCL TAB 200 MG	Tier 1	05/01/2024
VRAYLAR CAP 1.5-3MG	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	VRAYLAR CAP	Tier 1	06/01/2024
ZEJULA CAP 100MG	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	ZEJULA TAB	Tier 1	09/01/2024
ZOLEDRONIC ACID IV SOLN 4 MG/100ML	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	ZOLEDRONIC ACID INJ 4MG/5ML	Tier 1	10/01/2024

CY2024_11.01_1T_SNP
H0423_MEM24_3208c-t_C 07102024

*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。