

Changes to MetroPlusHealth's Formulary

We may immediately remove a drug from our formulary if we are replacing it with a certain new version of that drug that will appear on the same or lower cost-sharing tier and with the same or fewer restrictions. When we add a new version of a drug to our formulary, we may decide to keep the brand name drug or original biological product on our formulary, but immediately move it to a different cost-sharing tier or add new restrictions. If you are currently taking the brand name drug or original biological product, we may not tell you in advance before we make an immediate change, but we will later provide you with information about the specific change(s) we have made.

If a drug is withdrawn from sale by the manufacturer or the Food and Drug Administration (FDA) determines to be withdrawn for safety or effectiveness reasons, we may immediately remove the drug from our formulary and later provide notice to members who take the drug.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 require us to provide advance notice, we will notify affected members of the change at least thirty (30) days before the change becomes effective, or at the time the member requests a refill of the drug for which 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 can also ask us to make an exception for you. 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), 24 hours 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
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	01/01/2025
AMOXICILLIN & K CLAVULANATE CHEW TAB 400-57 MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	AMOXICILLIN & K CLAVULANATE FOR SUSP 400-57 MG/5ML	Tier 1	05/01/2025
CORLANOR TAB	Deletion Of Drug From Formulary	Generic Available	IVABRADINE TAB	Tier 1	01/01/2025
DESOGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	KARIVA TAB 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	Tier 1	08/01/2025
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 1	02/01/2025
ENDARI POW 5GM	Deletion Of Drug From Formulary	Generic Available	L-GLUTAMINE POW 5GM	Tier 1	01/01/2025
ERYTHROCIN TAB 250MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	ERYTHROMYCIN TAB 250MG BS	Tier 1	01/01/2025
FENTANYL OT LOZ	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	MORPHINE SULFATE TAB	Tier 1	02/01/2025
ISOSORBIDE MONONITRATE TAB	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	ISOSORB MONONITRATE TAB ER	Tier 1	05/01/2025
LEENA TAB	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	ARANELLE TAB	Tier 1	05/01/2025
LEUKERAN TAB 2MG	Deletion Of Drug From Formulary	Medicare Will No Longer Cover	Consult Your Health Care Provider		01/01/2025
LIBERVANT FILM	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	VALTOCO LIQD	Tier 1	07/01/2025
MICROGESTIN 24 FE TAB 1-20 MG-MCG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	HAILEY 24 FE TAB 1-20 MG-MCG	Tier 1	02/01/2025
NATACYN SUS 5% OP	Deletion Of Drug From Formulary	Medicare Will No Longer Cover	Consult Your Health Care Provider		01/01/2025
NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB CHEWABLE 0.8 MG-25MCG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	KAITLIB FE TAB CHEWABLE 0.8 MG-25MCG	Tier 1	05/01/2025
NORETHINDRONE ACETATE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1.5 MG-30 MCG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	MICROGESTIN TAB 1.5MG/30MCG	Tier 1	07/01/2025
NYMYO TAB 0.25MG-35MCG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	NORGESTIMATE-ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.25MG-35MCG	Tier 1	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 1	01/01/2025

Name of Affected Drug	Description of Change	Reason for Change	Alternative Drug(s) *	Alternative Drug(s) Cost-Sharing Tier	Effective Date
SELZENTRY TAB 25MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	SELZENTRY SOL 20MG/ML	Tier 1	02/01/2025
SELZENTRY TAB 75MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	SELZENTRY SOL 20MG/ML	Tier 1	02/01/2025
SPRYCEL TAB	Deletion Of Drug From Formulary	Generic Available	DASATINIB TAB	Tier 1	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 1	01/01/2025
VRAYLAR CAP 1.5-3MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	VRAYLAR CAP	Tier 1	02/01/2025
ZERVATE DRO 0.24%	Deletion Of Drug From Formulary	Medicare Will No Longer Cover	AZELASTINE DRO 0.05%	Tier 1	01/01/2025
ZYPREXA RELPREVV INJ	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	RISPERIDONE ER INJ	Tier 1	02/01/2025

*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 en el formulario de MetroPlusHealth

Es posible que eliminemos de inmediato un medicamento de nuestro formulario si lo sustituimos por una nueva versión específica de ese medicamento que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en uno inferior y con las mismas restricciones o menos. Cuando agregamos una nueva versión de un medicamento a nuestro formulario, podemos decidir mantener el medicamento de marca o el producto biológico original en nuestro formulario, pero trasladarlo de inmediato a un nivel de costo compartido diferente o agregar nuevas restricciones. Si actualmente toma el medicamento de marca o el producto biológico original, es posible que no se lo informemos con anticipación antes de realizar un cambio inmediato; sin embargo, más adelante le brindaremos información sobre los cambios específicos que hayamos realizado.

Si el fabricante retira un medicamento de la venta o la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) determina que debe retirarse por razones de seguridad o eficacia, podemos eliminar de inmediato el medicamento de nuestro formulario y, luego, notificar a los miembros que toman el medicamento.

Antes de realizar otros cambios durante el año en nuestra Lista de medicamentos que afecten a los miembros que actualmente toman un medicamento y deban recibir un aviso previo, le notificaremos a los miembros afectados acerca del cambio al menos treinta (30) días antes de que este entre en vigor, o en el momento en que el miembro solicita una reposición del medicamento, para el cual recibirá un suministro del medicamento para un mes.

Si usted se ve 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 que el profesional que receta encuentre un medicamento con cobertura que sea eficaz para usted. Pregúntele si alguno de los posibles medicamentos alternativos es una buena opción para usted.

Usted, el profesional que receta o su representante autorizado también pueden pedirnos hacer una excepción en su caso. El aviso que le enviaremos también incluirá información sobre los pasos que debe seguir 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 1-866-693-4615 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

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
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	01/01/2025
AMOXICILLIN & K CLAVULANATE CHEW TAB 400-57 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	AMOXICILLIN & K CLAVULANATE FOR SUSP 400-57 MG/5ML	Tier 1	05/01/2025
CORLANOR TAB	Eliminación del medicamento del formulario	Genérico disponible	IVABRADINE TAB	Tier 1	01/01/2025
DESOGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	KARIVA TAB 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	Tier 1	08/01/2025
DROXIA CAP	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	Consult Your Health Care Provider		03/01/2025
DUPIXENT INJ 100MG/0.67ML	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	DUPIXENT INJ 200MG/1.14ML	Tier 1	02/01/2025
ENDARI POW 5GM	Eliminación del medicamento del formulario	Genérico disponible	L-GLUTAMINE POW 5GM	Tier 1	01/01/2025
ERYTHROCIN TAB 250MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	ERYTHROMYCIN TAB 250MG BS	Tier 1	01/01/2025
FENTANYL OT LOZ	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	MORPHINE SULFATE TAB	Tier 1	02/01/2025
ISOSORBIDE MONONITRATE TAB	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	ISOSORB MONONITRATE TAB ER	Tier 1	05/01/2025
LEENA TAB	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	ARANELLE TAB	Tier 1	05/01/2025
LEUKERAN TAB 2MG	Eliminación del medicamento del formulario	Medicare ya no lo cubrirá	Consult Your Health Care Provider		01/01/2025
LIBERVANT FILM	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	VALTOCO LIQD	Tier 1	07/01/2025
MICROGESTIN 24 FE TAB 1-20 MG-MCG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	HAILEY 24 FE TAB 1-20 MG-MCG	Tier 1	02/01/2025
NATACYN SUS 5% OP	Eliminación del medicamento del formulario	Medicare ya no lo cubrirá	Consult Your Health Care Provider		01/01/2025
NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB CHEWABLE 0.8 MG-25MCG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	KAITLIB FE TAB CHEWABLE 0.8 MG-25MCG	Tier 1	05/01/2025
NORETHINDRONE ACETATE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1.5 MG-30 MCG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	MICROGESTIN TAB 1.5MG/30MCG	Tier 1	07/01/2025
NYMYO TAB 0.25MG-35MCG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	NORGESTIMATE-ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.25MG-35MCG	Tier 1	02/01/2025

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
PREHEVBRIO SUS 10MCG/ML	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	ENGERIX-B INJ; HEPLISAV-B INJ; RECOMBIVAX HB INJ	Tier 1	03/01/2025
SANDIMMUNE SOL 100MG/ML	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	CYCLOSPORINE CAP	Tier 1	01/01/2025
SELZENTRY TAB 25MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	SELZENTRY SOL 20MG/ML	Tier 1	02/01/2025
SELZENTRY TAB 75MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	SELZENTRY SOL 20MG/ML	Tier 1	02/01/2025
SPRYCEL TAB	Eliminación del medicamento del formulario	Genérico disponible	DASATINIB TAB	Tier 1	02/01/2025
TABLOID TAB 40MG	Eliminación del medicamento del formulario	Medicare ya no lo cubrirá	Consult Your Health Care Provider		01/01/2025
TDVAX INJ 2-2 LF	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	TENIVAC INJ 5-2LF	Tier 1	03/01/2025
TOBRADEX ST SUS 0.3-0.05%	Eliminación del medicamento del formulario	Medicare ya no lo cubrirá	TOBRAMYCIN-DEXAMETHASONE SUS 0.3-0.1%	Tier 1	01/01/2025
VRAYLAR CAP 1.5-3MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	VRAYLAR CAP	Tier 1	02/01/2025
ZERVATE DRO 0.24%	Eliminación del medicamento del formulario	Medicare ya no lo cubrirá	AZELASTINE DRO 0.05%	Tier 1	01/01/2025
ZYPREXA RELPREVV INJ	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	RISPERIDONE ER INJ	Tier 1	02/01/2025

*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

如果我們用一種新的、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，我們可立即將該藥從我們的《處方一覽表》上移除。當我們將一種藥物的新版本添加到我們的《處方一覽表》中時，我們也可能決定將品牌藥或原始生物製劑繼續保留在我們的《處方一覽表》中，但可立即將其移至不同的分攤費用層級或添加新的限制。如果您目前正在服用該品牌藥或原始生物製劑，我們可能不會在立即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。

如果製造商停止銷售某種藥物，或者食品藥品監督管理局(FDA)出於安全或有效性原因決定停止銷售某種藥物，我們可能會立即將該藥物從我們的《處方一覽表》中刪除，並在稍後通知服用該藥物的會員。

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三十(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要求我們為您進行特例處理。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
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	01/01/2025
AMOXICILLIN & K CLAVULANATE CHEW TAB 400-57 MG	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	AMOXICILLIN & K CLAVULANATE FOR SUSP 400-57 MG/5ML	Tier 1	05/01/2025
CORLANOR TAB	藥品從《處方一覽表》中刪除	學名藥可用	IVABRADINE TAB	Tier 1	01/01/2025
DESOGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	KARIVA TAB 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	Tier 1	08/01/2025
DROXIA CAP	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	Consult Your Health Care Provider		03/01/2025
DUPIXENT INJ 100MG/0.67ML	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	DUPIXENT INJ 200MG/1.14ML	Tier 1	02/01/2025
ENDARI POW 5GM	藥品從《處方一覽表》中刪除	學名藥可用	L-GLUTAMINE POW 5GM	Tier 1	01/01/2025
ERYTHROCIN TAB 250MG	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	ERYTHROMYCIN TAB 250MG BS	Tier 1	01/01/2025
FENTANYL OT LOZ	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	MORPHINE SULFATE TAB	Tier 1	02/01/2025
ISOSORBIDE MONONITRATE TAB	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	ISOSORB MONONITRATE TAB ER	Tier 1	05/01/2025
LEENA TAB	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	ARANELLE TAB	Tier 1	05/01/2025
LEUKERAN TAB 2MG	藥品從《處方一覽表》中刪除	Medicare 將不再承保	Consult Your Health Care Provider		01/01/2025
LIBERVANT FILM	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	VALTOCO LIQD	Tier 1	07/01/2025
MICROGESTIN 24 FE TAB 1-20 MG-MCG	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	HAILEY 24 FE TAB 1-20 MG-MCG	Tier 1	02/01/2025
NATACYN SUS 5% OP	藥品從《處方一覽表》中刪除	Medicare 將不再承保	Consult Your Health Care Provider		01/01/2025
NORETHINDRONE & ETHINYL ESTRADIOL-FE TAB CHEWABLE 0.8 MG-25MCG	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	KAITLIB FE TAB CHEWABLE 0.8 MG-25MCG	Tier 1	05/01/2025
NORETHINDRONE ACETATE & ETHINYL ESTRADIOL TAB 1.5 MG-30 MCG	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	MICROGESTIN TAB 1.5MG/30MCG	Tier 1	07/01/2025
NYMYO TAB 0.25MG-35MCG	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	NORGESTIMATE-ETHINYL ESTRADIOL TAB 0.25MG-35MCG	Tier 1	02/01/2025
PREHEVBRIO SUS 10MCG/ML	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	ENGERIX-B INJ; HEPLISAV-B INJ; RECOMBIVAX HB INJ	Tier 1	03/01/2025
SANDIMMUNE SOL 100MG/ML	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	CYCLOSPORINE CAP	Tier 1	01/01/2025
SELZENTRY TAB 25MG	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	SELZENTRY SOL 20MG/ML	Tier 1	02/01/2025
SELZENTRY TAB 75MG	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	SELZENTRY SOL 20MG/ML	Tier 1	02/01/2025

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
SPRYCEL TAB	藥品從《處方一覽表》中刪除	學名藥可用	DASATINIB TAB	Tier 1	02/01/2025
TABLOID TAB 40MG	藥品從《處方一覽表》中刪除	Medicare 將不再承保	Consult Your Health Care Provider		01/01/2025
TDVAX INJ 2-2 LF	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	TENIVAC INJ 5-2LF	Tier 1	03/01/2025
TOBRADEX ST SUS 0.3-0.05%	藥品從《處方一覽表》中刪除	Medicare 將不再承保	TOBRAMYCIN-DEXAMETHASONE SUS 0.3-0.1%	Tier 1	01/01/2025
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	02/01/2025
ZERVATE DRO 0.24%	藥品從《處方一覽表》中刪除	Medicare 將不再承保	AZELASTINE DRO 0.05%	Tier 1	01/01/2025
ZYPREXA RELPREVV INJ	藥品從《處方一覽表》中刪除	製造商停產	RISPERIDONE ER INJ	Tier 1	02/01/2025

*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，確認此藥品是否適合您。