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If a drug is withdrawn from sale by the manufacturer or the Food and Drug Administration (FDA) determines to be withdrawn for safety or effectiveness reasons, we may immediately remove the drug from our formulary and later provide notice to members who take the drug.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
ABELCET INJ 5MG/ML	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	AMPHOTERICIN B LIPOSOME IV FOR SUSP 50MG	Tier 1	01/01/2026
BACITRACIN OIN OP	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	ERYTHROMYCIN OIN 0.5% OP	Tier 1	06/01/2026
DENGVAXIA SUS	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	Consult Your Health Care Provider		09/01/2026
DIFICID TAB 200MG	Deletion Of Drug From Formulary	Generic Available	FIDAXOMICIN TAB 200MG	Tier 1	02/01/2026
ENTRESTO TAB	Deletion Of Drug From Formulary	Generic Available	SACUBITRIL-VALSARTAN TAB	Tier 1	01/01/2026
EPITOL TAB 200MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	CARBAMAZEPINE TAB 200 MG	Tier 1	01/01/2026
EPRONTIA SOL 25MG/ML	Deletion Of Drug From Formulary	Generic Available	TOPIRAMATE SOL 25MG/ML	Tier 1	01/01/2026
HALOETTE VA RING	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	ETONOGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL VA RING 0.12-0.015 MG/24HR; ENILLORING VA RING; ELURYNG VA RING	Tier 1	04/01/2026
HUMULIN R INJ U-500 VIAL	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	HUMULIN R INJ U-500 KWIKPEN	Tier 1	11/01/2026
IMPAVIDO CAP 50MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	Consult Your Health Care Provider		09/01/2026
IXCHIQ INJ	Deletion Of Drug From Formulary	Market Removal	VIMKUNYA INJ 40MCG/0.8ML	Tier 1	01/01/2026
JYNARQUE TAB	Deletion Of Drug From Formulary	Generic Available	TOLVAPTAN TAB	Tier 1	01/01/2026
KELNOR 1/50 TAB 1 MG-50 MCG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	VALTYA 1/50 TAB 1 MG-50 MCG	Tier 1	01/01/2026
KISQALI 400 PAK FEMARA	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	LETROZOLE TAB 2.5MG; KISQALI TAB	Tier 1	08/01/2026
KISQALI 600 PAK FEMARA	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	LETROZOLE TAB 2.5MG; KISQALI TAB	Tier 1	08/01/2026
LEVO-T TAB 100MCG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB; LEVOXYL TAB; UNITHROID TAB	Tier 1	09/01/2026
LEVO-T TAB 112MCG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB; LEVOXYL TAB; UNITHROID TAB	Tier 1	09/01/2026
LEVO-T TAB 125MCG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB; LEVOXYL TAB; UNITHROID TAB	Tier 1	09/01/2026
LEVO-T TAB 137MCG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB; LEVOXYL TAB; UNITHROID TAB	Tier 1	09/01/2026
LEVO-T TAB 150MCG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB; LEVOXYL TAB; UNITHROID TAB	Tier 1	09/01/2026
LEVO-T TAB 175MCG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB; LEVOXYL TAB; UNITHROID TAB	Tier 1	09/01/2026
LEVO-T TAB 200MCG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB; LEVOXYL TAB; UNITHROID TAB	Tier 1	09/01/2026

Name of Affected Drug	Description of Change	Reason for Change	Alternative Drug(s) *	Alternative Drug(s) Cost-Sharing Tier	Effective Date
LEVO-T TAB 25MCG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB; LEVOXYL TAB; UNITHROID TAB	Tier 1	09/01/2026
LEVO-T TAB 300 MCG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB; LEVOXYL TAB; UNITHROID TAB	Tier 1	09/01/2026
LEVO-T TAB 50MCG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB; LEVOXYL TAB; UNITHROID TAB	Tier 1	09/01/2026
LEVO-T TAB 75MCG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB; LEVOXYL TAB; UNITHROID TAB	Tier 1	09/01/2026
LEVO-T TAB 88MCG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB; LEVOXYL TAB; UNITHROID TAB	Tier 1	09/01/2026
NALOXONE SPR 4MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	KLOXXADO SPR 8MG	Tier 1	07/01/2026
NEO-POLYCIN HC OPHTH OINT 1%	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	BACITRACIN-POLYMYXIN-NEOMYCIN-HYDROCORTISONE OPHTH OINT 1%	Tier 1	03/01/2026
NEO-POLYCIN OPHTH OINT 5-400-10000	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	NEOMYCIN-BACITRACIN ZINC-POLYMYXIN OPHTH OINT 5-400-10000	Tier 1	03/01/2026
OCELLA TAB 3-0.03MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL TAB 3-0.03 MG; SYEDA TAB 3-0.03MG; ZUMANDIMINE TAB 3-0.03MG	Tier 1	02/01/2026
OGSIVEO TAB 50MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	OGSIVEO TAB 100MG, 150MG	Tier 1	02/01/2026
POLYCIN OPHTH OINT	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	BACITRACIN-POLYMYXIN B OPHTH OINT	Tier 1	03/01/2026
REGRANEX GEL 0.01%	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	Consult Your Health Care Provider		01/01/2026
SULFACETAMIDE SODIUM OPHTH OINT 10%	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	SULFACETAMIDE SODIUM OPHTH SOLN 10%	Tier 1	03/01/2026
SUMATRIPTAN SUCCINATE SOLUTION AUTO-INJECTOR 4MG/0.5ML	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	SUMATRIPTAN SUCCINATE SOLUTION AUTO-INJECTOR 6MG/0.5ML; SUMATRIPTAN SUCCINATE INJ 6MG/0.5ML	Tier 1	02/01/2026
SUMATRIPTAN SUCCINATE SOLUTION CARTRIDGE 4MG/0.5ML	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	SUMATRIPTAN SUCCINATE SOLUTION AUTO-INJECTOR 6MG/0.5ML; SUMATRIPTAN SUCCINATE INJ 6MG/0.5ML	Tier 1	02/01/2026
SUMATRIPTAN SUCCINATE SOLUTION CARTRIDGE 6MG/0.5ML	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	SUMATRIPTAN SUCCINATE SOLUTION AUTO-INJECTOR 6MG/0.5ML; SUMATRIPTAN SUCCINATE INJ 6MG/0.5ML	Tier 1	02/01/2026
TAZICEF INJ 1GM	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	CEFTAZIDIME INJ 1GM	Tier 1	08/01/2026
TAZVERIK TAB 200MG	Deletion Of Drug From Formulary	Market Removal	Consult Your Health Care Provider		06/01/2026
TOBRAMYCIN SULFATE INJ 2GM/50ML	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	TOBRAMYCIN SULFATE INJ 80MG/2ML	Tier 1	02/01/2026

Name of Affected Drug	Description of Change	Reason for Change	Alternative Drug(s) *	Alternative Drug(s) Cost-Sharing Tier	Effective Date
VIGPODER POW 500MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	VIGABATRIN PAK 500MG; VIGADRONE POW 500MG	Tier 1	02/01/2026
XARELTO SUSP 1MG/ML	Deletion Of Drug From Formulary	Generic Available	RIVAROXABAN SUSP 1MG/ML	Tier 1	01/01/2026

*****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
ABELCET INYECCIÓN 5 MG/ML	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	ANFOTERICINA B LIPOSOMAL IV PARA SUSPENSIÓN, 50 MG	Nivel 1	01/ene/2026
POMADA OFTÁLMICA DE BACITRACINA	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	POMADA OFTÁLMICA DE ERITROMICINA AL 0.5 %.	Nivel 1	06/01/2026
DENGVAXIA SUSPENSIÓN	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	Consulte a su proveedor de atención médica		01/sep/2026
DIFICID TABLETA 200 MG	Eliminación del medicamento del Formulario	Genérico disponible	FIDAXOMICIN TABLETA 200 MG	Nivel 1	01/feb/2026
ENTRESTO TABLETA	Eliminación del medicamento del formulario	Genérico disponible	SACUBITRIL-VALSARTAN TABLETA	Nivel 1	01/ene/2026
EPITOL TABLETA 200 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	CARBAMAZEPINA TABLETA 200 MG	Nivel 1	01/ene/2026
EPRONTIA SOLUCIÓN 25 MG/ML	Eliminación del medicamento del Formulario	Genérico disponible	TOPIRAMATO SOLUCIÓN 25MG/ML	Nivel 1	01/ene/2026
HALOETTE ANILLO VAGINAL	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	ETONOGESTREL-ETINILESTRADIOL ANILLO VAGINAL 0.12-0.015 MG CADA 24H; ENILLORING ANILLO VAGINAL; ELURYNG ANILLO VAGINAL	Nivel 1	01/abr/2026
HUMULIN R U-500, SOLUCIÓN INYECTABLE EN VIAL	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	HUMULIN R U-500, SOLUCIÓN INYECTABLE EN PLUMA PRECARGADA KWIKPEN	Nivel 1	01/nov/2026
IMPAVIDO, CÁPSULAS 50MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	Consulte a su proveedor de atención médica		01/sep/2026
IXCHIQ INYECTABLE	Eliminación del medicamento del formulario	Retiro del mercado	VIMKUNYA INYECTABLE 40 MCG/0.8 ML	Nivel 1	01/ene/2026
JYNARQUE TABLETA	Eliminación del medicamento del Formulario	Genérico disponible	TOLVAPTÁN TABLETA	Nivel 1	01/ene/2026
KELNOR 1/50 TABLETA 1 MG-50 MCG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	VALTYA 1/50 TABLETA 1 MG-50 MCG	Nivel 1	01/ene/2026
KISQALI 400 PAK FEMARA	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	LETROZOL TABLETA 2.5 MG; KISQALI TABLETA	Nivel 1	01/ago/2026
KISQALI 600 PAK FEMARA	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	LETROZOL TABLETA 2.5 MG; KISQALI TABLETA	Nivel 1	01/ago/2026
LEVO-T, TABLETA 100 MCG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	LEVOTIROXINA SÓDICA, TABLETA; LEVOXYL, TABLETA; UNITHROID, TABLETA	Nivel 1	01/sep/2026
LEVO-T, TABLETA 112 MCG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	LEVOTIROXINA SÓDICA, TABLETA; LEVOXYL, TABLETA; UNITHROID, TABLETA	Nivel 1	01/sep/2026
LEVO-T, TABLETA 125 MCG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	LEVOTIROXINA SÓDICA, TABLETA; LEVOXYL, TABLETA; UNITHROID, TABLETA	Nivel 1	01/sep/2026

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
LEVO-T, TABLETA 137 MCG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	LEVOTIROXINA SÓDICA, TABLETA; LEVOXYL, TABLETA; UNITHROID, TABLETA	Nivel 1	01/sep/2026
LEVO-T, TABLETA 150 MCG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	LEVOTIROXINA SÓDICA, TABLETA; LEVOXYL, TABLETA; UNITHROID, TABLETA	Nivel 1	01/sep/2026
LEVO-T, TABLETA 175 MCG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	LEVOTIROXINA SÓDICA, TABLETA; LEVOXYL, TABLETA; UNITHROID, TABLETA	Nivel 1	01/sep/2026
LEVO-T, TABLETA 200 MCG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	LEVOTIROXINA SÓDICA, TABLETA; LEVOXYL, TABLETA; UNITHROID, TABLETA	Nivel 1	01/sep/2026
LEVO-T, TABLETA 25 MCG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	LEVOTIROXINA SÓDICA, TABLETA; LEVOXYL, TABLETA; UNITHROID, TABLETA	Nivel 1	01/sep/2026
LEVO-T, TABLETA 300 MCG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	LEVOTIROXINA SÓDICA, TABLETA; LEVOXYL, TABLETA; UNITHROID, TABLETA	Nivel 1	01/sep/2026
LEVO-T, TABLETA 50 MCG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	LEVOTIROXINA SÓDICA, TABLETA; LEVOXYL, TABLETA; UNITHROID, TABLETA	Nivel 1	01/sep/2026
LEVO-T, TABLETA 75 MCG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	LEVOTIROXINA SÓDICA, TABLETA; LEVOXYL, TABLETA; UNITHROID, TABLETA	Nivel 1	01/sep/2026
LEVO-T, TABLETA 88 MCG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	LEVOTIROXINA SÓDICA, TABLETA; LEVOXYL, TABLETA; UNITHROID, TABLETA	Nivel 1	01/sep/2026
NALOXONE EN AEROSOL NASAL 4MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	KLOXXADO EN AEROSOL NASAL 8MG	Nivel 1	01/jul/2026
NEO-POLYCIN HC CREMA OFTÁLMICA 1 %	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	BACITRACINA-POLIMIXINA-NEOMICINA-HIDROCORTISONA CREMA OFTÁLMICA 1 %	Nivel 1	01/mar/2026
NEO-POLYCIN CREMA OFTÁLMICA 5-400-10000	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	NEOMICINA-BACITRACINA ZINC-POLIMIXINA CREMA OFTÁLMICA 5-400-10000	Nivel 1	01/mar/2026
OCELLA TABLETA 3-0.03 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	DROSPIRENONA Y ETINILESTRADIOL TABLETA 3-0.03 MG; SYEDA TABLETA 3-0.03 MG; ZUMANDIMINE TABLETA 3-0.03 MG	Nivel 1	01/feb/2026
OGSIVEO TABLETA 50 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	OGSIVEO TABLETA 100 MG, 150 MG	Nivel 1	01/feb/2026

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
POLYCIN CREMA OFTÁLMICA	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	BACITRACINA-POLIMIXINA B CREMA OFTÁLMICA	Nivel 1	01/mar/2026
REGRANEX GEL 0.01 %	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	Consulte a su proveedor de atención médica		01/ene/2026
SULFACETAMIDA SÓDICA CREMA OFTÁLMICA 10 %	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	SULFACETAMIDA SÓDICA SOLUCIÓN OFTÁLMICA 10 %	Nivel 1	01/mar/2026
SUCCINATO DE SUMATRIPTÁN, SOLUCIÓN EN AUTOINYECTOR 4 MG/0.5 ML	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	SUCCINATO DE SUMATRIPTÁN, SOLUCIÓN EN AUTOINYECTOR 6 MG/0.5 ML; SUCCINATO DE SUMATRIPTÁN, SOLUCIÓN INYECTABLE 6 MG/0.5 ML	Nivel 1	01/feb/2026
SUCCINATO DE SUMATRIPTÁN, SOLUCIÓN INYECTABLE EN CARTUCHO 4 MG/0.5 ML	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	SUCCINATO DE SUMATRIPTÁN, SOLUCIÓN EN AUTOINYECTOR 6 MG/0.5 ML; SUCCINATO DE SUMATRIPTÁN, SOLUCIÓN INYECTABLE 6 MG/0.5 ML	Nivel 1	01/feb/2026
SUCCINATO DE SUMATRIPTÁN, SOLUCIÓN INYECTABLE EN CARTUCHO 6 MG/0.5 ML	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	SUCCINATO DE SUMATRIPTÁN, SOLUCIÓN EN AUTOINYECTOR 6 MG/0.5 ML; SUCCINATO DE SUMATRIPTÁN, SOLUCIÓN INYECTABLE 6 MG/0.5 ML	Nivel 1	01/feb/2026
TAZICEF INYECCIÓN DE 1 G	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	CEFTAZIDIMA INYECCIÓN DE 1 G	Nivel 1	01/ago/2026
TAZVERIK TABLETA 200 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Retiro del mercado	Consulte a su proveedor de atención médica		06/01/2026
SULFATO DE TOBRAMICINA, SOLUCIÓN INYECTABLE 2 GM/50 ML	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	SULFATO DE TOBRAMICINA, SOLUCIÓN INYECTABLE 80 MG/2 ML	Nivel 1	01/feb/2026
VIGPODER EN POLVO 500 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Descontinuación del fabricante	VIGABATRINA ENVASE DE 500 MG; VIGADRONE EN POLVO 500 MG	Nivel 1	01/feb/2026
XARELTO SUSPENSIÓN 1 MG/ML	Eliminación del medicamento del Formulario	Genérico disponible	RIVAROXABAN SUSPENSIÓN 1 MG/ML	Nivel 1	01/ene/2026

*****Los medicamentos alternativos son medicamentos cuyo uso puede considerar, junto con su profesional médico. Solamente el profesional que receta puede determinar los medicamentos alternativos que son apropiados para usted, dada la naturaleza personalizada del tratamiento farmacológico. Consulte al profesional que receta para confirmar si puede consumir este medicamento.

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。

受影響藥物名稱	變更描述	變更原因	替代藥物*	替代藥物分攤費用等級	生效日期
ABELCET 注射劑 5毫克/毫升	藥物從處方一覽表中刪除	製造商停產	AMPHOTERICIN B LIPOSOME IV 混懸液 50毫克	第1級	2026年1月1日
BACITRACIN 眼用軟膏	藥物從處方一覽表中刪除	製造商停產	ERYTHROMYCIN 眼用軟膏 0.5%	第1級	2026年6月1日
DENGVAXIA 混懸液	藥物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		2026年9月1日
DIFICID 片劑 200毫克	藥物從處方一覽表中刪除	學名藥可用	FIDAXOMICIN 片劑 200毫克	第1級	2026年2月1日
ENTRESTO 片劑	藥物從處方一覽表中刪除	學名藥可用	SACUBITRIL-VALSARTAN 片劑	第1級	2026年1月1日
EPITOL 片劑 200毫克	藥物從處方一覽表中刪除	製造商停產	CARBAMAZEPINE 片劑 200毫克	第1級	2026年1月1日
EPRONTIA 溶液 25毫克/毫升	藥物從處方一覽表中刪除	學名藥可用	TOPIRAMATE 溶液 25毫克/毫升	第1級	2026年1月1日
HALOETTE VA RING	藥物從處方一覽表中刪除	製造商停產	ETONOGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL VA RING 0.12-0.015毫克/24小時；ENILLORING VA RING；ELURYNG VA RING	第1級	2026年4月1日
HUMULIN R 注射劑 U-500 小瓶	藥物從處方一覽表中刪除	製造商停產	HUMULIN R 注射劑 U-500 多劑量預裝筆	第1級	2026年11月1日
IMPAVIDO 膠囊 50毫克	藥物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		2026年9月1日
IXCHIQ 注射劑	藥物從處方一覽表中刪除	市場撤市	VIMKUNYA 注射劑 40微克/0.8毫升	第1級	2026年1月1日
JYNARQUE 片劑	藥物從處方一覽表中刪除	學名藥可用	TOLVAPTAN 片劑	第1級	2026年1月1日
KELNOR 1/50 片劑 1毫克-50微克	藥物從處方一覽表中刪除	製造商停產	VALTYA 1/50 片劑 1毫克-50微克	第1級	2026年1月1日
KISQALI 400 包裝散劑 FEMARA	藥物從處方一覽表中刪除	製造商停產	LETROZOLE 片劑 2.5毫克；KISQALI 片劑	第1級	2026年8月1日
KISQALI 600 包裝散劑 FEMARA	藥物從處方一覽表中刪除	製造商停產	LETROZOLE 片劑 2.5毫克；KISQALI 片劑	第1級	2026年8月1日
LEVO-T 片劑 100微克	藥物從處方一覽表中刪除	製造商停產	LEVOTHYROXINE SODIUM 片劑；LEVOXYL 片劑；UNITHROID 片劑	第1級	2026年9月1日
LEVO-T 片劑 112微克	藥物從處方一覽表中刪除	製造商停產	LEVOTHYROXINE SODIUM 片劑；LEVOXYL 片劑；UNITHROID 片劑	第1級	2026年9月1日
LEVO-T 片劑 125微克	藥物從處方一覽表中刪除	製造商停產	LEVOTHYROXINE SODIUM 片劑；LEVOXYL 片劑；UNITHROID 片劑	第1級	2026年9月1日
LEVO-T 片劑 137微克	藥物從處方一覽表中刪除	製造商停產	LEVOTHYROXINE SODIUM 片劑；LEVOXYL 片劑；UNITHROID 片劑	第1級	2026年9月1日
LEVO-T 片劑 150微克	藥物從處方一覽表中刪除	製造商停產	LEVOTHYROXINE SODIUM 片劑；LEVOXYL 片劑；UNITHROID 片劑	第1級	2026年9月1日
LEVO-T 片劑 175微克	藥物從處方一覽表中刪除	製造商停產	LEVOTHYROXINE SODIUM 片劑；LEVOXYL 片劑；UNITHROID 片劑	第1級	2026年9月1日

受影響藥物名稱	變更描述	變更原因	替代藥物*	替代藥物分攤費用等級	生效日期
LEVO-T 片劑 200微克	藥物從處方一覽表中刪除	製造商停產	LEVOTHYROXINE SODIUM 片劑；LEVOXYL 片劑；UNITHROID 片劑	第1級	2026年9月1日
LEVO-T 片劑 25微克	藥物從處方一覽表中刪除	製造商停產	LEVOTHYROXINE SODIUM 片劑；LEVOXYL 片劑；UNITHROID 片劑	第1級	2026年9月1日
LEVO-T 片劑 300微克	藥物從處方一覽表中刪除	製造商停產	LEVOTHYROXINE SODIUM 片劑；LEVOXYL 片劑；UNITHROID 片劑	第1級	2026年9月1日
LEVO-T 片劑 50微克	藥物從處方一覽表中刪除	製造商停產	LEVOTHYROXINE SODIUM 片劑；LEVOXYL 片劑；UNITHROID 片劑	第1級	2026年9月1日
LEVO-T 片劑 75微克	藥物從處方一覽表中刪除	製造商停產	LEVOTHYROXINE SODIUM 片劑；LEVOXYL 片劑；UNITHROID 片劑	第1級	2026年9月1日
LEVO-T 片劑 88微克	藥物從處方一覽表中刪除	製造商停產	LEVOTHYROXINE SODIUM 片劑；LEVOXYL 片劑；UNITHROID 片劑	第1級	2026年9月1日
NALOXONE 噴劑 4MG	藥物從處方一覽表中刪除	製造商停產	KLOXXADO 噴劑 8MG	第1級	2026年7月1日
NEO-POLYCIN HC 眼用軟膏 1%	藥物從處方一覽表中刪除	製造商停產	BACITRACIN-POLYMYXIN-NEOMYCIN-HYDROCORTISONE 眼用軟膏1%	第1級	2026年3月1日
NEO-POLYCIN 眼用軟膏5-400-10000	藥物從處方一覽表中刪除	製造商停產	NEOMYCIN-BACITRACIN ZINC-POLYMYXIN 眼用軟膏5-400-10000	第1級	2026年3月1日
OCELLA 片劑 3-0.03毫克	藥物從處方一覽表中刪除	製造商停產	DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL 片劑 3-0.03毫克；SYEDA 片劑 3-0.03毫克；ZUMANDIMINE 片劑 3-0.03毫克	第1級	2026年2月1日
OGSIVEO 片劑 50毫克	藥物從處方一覽表中刪除	製造商停產	OGSIVEO 片劑 100毫克、150毫克	第1級	2026年2月1日
POLYCIN 眼用軟膏	藥物從處方一覽表中刪除	製造商停產	BACITRACIN-POLYMYXIN B 眼用軟膏	第1級	2026年3月1日
REGRANEX 凝膠 0.01%	藥物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		2026年1月1日
SULFACETAMIDE SODIUM 眼用軟膏10%	藥物從處方一覽表中刪除	製造商停產	SULFACETAMIDE SODIUM 眼用軟膏10%	第1級	2026年3月1日
SUMATRIPTAN SUCCINATE 自動注射溶液 4毫克/0.5毫升	藥物從處方一覽表中刪除	製造商停產	SUMATRIPTAN SUCCINATE 自動注射溶液 6毫克/0.5毫升；SUMATRIPTAN SUCCINATE 注射液 6毫克/0.5毫升	第1級	2026年2月1日
SUMATRIPTAN SUCCINATE 筒裝溶液 4毫克/0.5毫升	藥物從處方一覽表中刪除	製造商停產	SUMATRIPTAN SUCCINATE 自動注射溶液 6毫克/0.5毫升；SUMATRIPTAN SUCCINATE 注射液 6毫克/0.5毫升	第1級	2026年2月1日
SUMATRIPTAN SUCCINATE 筒裝溶液 6毫克/0.5毫升	藥物從處方一覽表中刪除	製造商停產	SUMATRIPTAN SUCCINATE 自動注射溶液 6毫克/0.5毫升；SUMATRIPTAN SUCCINATE 注射液 6毫克/0.5毫升	第1級	2026年2月1日
TAZICEF 注射劑 1毫克	藥物從處方一覽表中刪除	製造商停產	CEFTAZIDIME 注射劑 1毫克	第1級	2026年8月1日
TAZVERIK 片劑 200毫克	藥物從處方一覽表中刪除	市場撤市	諮詢您的醫療保健服務提供者		2026年6月1日

受影響藥物名稱	變更描述	變更原因	替代藥物*	替代藥物分攤費用等級	生效日期
TOBRAMYCIN SULFATE 注射液 2克/50毫升	藥物從處方一覽表中刪除	製造商停產	TOBRAMYCIN SULFATE 注射液 80毫克/2毫升	第1級	2026年2月1日
VIGPODER 散劑 500毫克	藥物從處方一覽表中刪除	製造商停產	VIGABATRIN 包裝散劑 500毫克； VIGADRONE 散劑 500毫克	第1級	2026年2月1日
XARELTO 混懸液 1毫克/毫升	藥物從處方一覽表中刪除	學名藥可用	RIVAROXABAN 混懸液 1毫克/毫升	第1級	2026年1月1日

*****替代藥物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物。請諮詢您的開藥醫生，確認藥物是否適合您。