

Aviso de cambios en el formulario de Medicare Advantage - Junio de 2023

Los planes Medicare Advantage de Mass General Brigham pueden eliminar inmediatamente un medicamento de marca de nuestra Lista de medicamentos si lo reemplazamos por un nuevo medicamento genérico que aparecerá en el mismo nivel de costo compartido o en uno menor y con las mismas restricciones o menos. O bien, al agregar el nuevo medicamento genérico, podemos decidir si 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 comuniquemos por adelantado antes de realizar ese cambio, pero más adelante le proporcionaremos información sobre los cambios específicos que hayamos realizado. Además, si la Administración de Alimentos y Medicamentos considera que un medicamento de nuestro formulario no es seguro o el fabricante del medicamento lo retira del mercado, podemos eliminar inmediatamente el medicamento de nuestro formulario y notificaremos a los miembros que estén tomando dicho 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 que nos exijan que notifiquemos por adelantado, notificaremos el cambio a los miembros afectados al menos 30 días antes de que el cambio entre en vigor, o en el momento en que el miembro solicite una reposición del medicamento, momento en el cual el miembro recibirá un suministro de un mes del medicamento.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura o restricción del medicamento, dependiendo del tipo de cambio, puede haber diferentes opciones para considerar. Por ejemplo:

Es posible que pueda usar otro medicamento de nuestra Lista de medicamentos para tratar su afección médica. A continuación, se proporcionan medicamentos alternativos para ayudar a su médico que emite la receta a encontrar un medicamento cubierto que pueda funcionar para usted. Pregúntele a su médico que emite la receta si uno de los posibles medicamentos alternativos es adecuado para usted.

Usted, su médico que emite la receta o su representante autorizado también pueden solicitar una excepción. El aviso que le proporcionamos 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 1-

855-344-0930 (TTY: 711). Horario de atención al cliente: Del 1 de octubre al 31 de marzo, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana. Del 1 de abril al 30 de septiembre, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. Durante los feriados, es posible que se le pida que deje un mensaje.

Nombre del medicamento afectado	Descripción del cambio	Motivo del cambio	Medicamentos alternativos*	Nivel de costo compartido de los medicamentos alternativos	Fecha de entrada en vigencia
CAZIANT PAQUETE	Eliminación del medicamento del formulario	Interrupción del fabricante	VELIVET PAQUETE	Nivel 3	01/01/2023
DALIRESP COMPRIMIDOS	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	ROFLUMILAST COMPRIMIDOS	Nivel 3	05/01/2023
DIGOX COMPRIMIDOS 0.125 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Interrupción del fabricante	DIGOXIN COMPRIMIDOS 0.125 MG	Nivel 2	01/01/2023
DIGOX COMPRIMIDOS 0.25 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Interrupción del fabricante	DIGOXIN COMPRIMIDOS 0.25 MG	Nivel 2	01/01/2023
ELLA COMPRIMIDOS 30 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Medicare ya no cubrirá	Consulte a su proveedor de atención médica		04/01/2023
ESBRIET CÁPSULAS 267 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	PIRFENIDONA CÁPSULAS 267 MG	Nivel 5	05/01/2023
GILENYA CÁPSULAS 0.5 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	FINGOLIMOD CÁPSULAS 0.5 MG	Nivel 5	05/01/2023
HETLIOZ CÁPSULAS 20 MG	Eliminación del medicamento del formulario	Medicamento genérico disponible	TASIMELTEON CÁPSULAS 20 MG	Nivel 5	05/01/2023
LARISSIA COMPRIMIDOS	Eliminación del medicamento del formulario	Interrupción del fabricante	AVIANE COMPRIMIDOS	Nivel 2	02/01/2023
NORVIR SOLUCIÓN 80 MG/ML	Eliminación del medicamento del formulario	Interrupción del fabricante	NORVIR PAQUETE 100 MG	Nivel 4	04/01/2023
PASER EN SOBRES 4 G	Eliminación del medicamento del formulario	Interrupción del fabricante	Consulte a su proveedor de atención médica		03/01/2023
VIT. PRENATALES EN COMPRIMIDOS BAJOS EN HIERRO	Eliminación del medicamento del formulario	Interrupción del fabricante	COMPRIMIDOS PRENATALES 27-1 MG	Nivel 3	03/01/2023

Nombre del medicamento afectado	Descripción del cambio	Motivo del cambio	Medicamentos alternativos*	Nivel de costo compartido de los medicamentos alternativos	Fecha de entrada en vigencia
ROSADAN CREMA 0.75 %	Eliminación del medicamento del formulario	Interrupción del fabricante	METRONIDAZOL CREMA 0.75 %	Nivel 4	03/01/2023

Nombre del medicamento afectado	Descripción del cambio	Fecha de entrada en vigencia
Depo-Testosterone	Añadido al formulario con autorización previa	6/1/2023
posaconazol suspensión (<i>genérico de Noxafil</i>)	Añadido al formulario con autorización previa y restricciones de límite de cantidad	6/1/2023

*Los medicamentos alternativos son fármacos que podría considerar con su médico que emite la receta. Solo el médico que emite la receta puede determinar medicamentos alternativos que sean adecuados para usted dada la naturaleza individualizada del tratamiento farmacológico. Consulte al médico que emite la receta para confirmar si este es un medicamento adecuado para usted.

**Se aplica a los nuevos comienzos