Aviso de cambio de formulario

Clever Care Health Plan puede eliminar medicamentos de nuestro formulario (lista de medicamentos cubiertos) o agregar reglas sobre si ciertos medicamentos están cubiertos durante el año y cuándo. El siguiente gráfico contiene los próximos cambios en el formulario de Clever Care Health Plan. Puede que no estés tomando estos medicamentos ahora. Le proporcionamos estas actualizaciones para que usted sepa acerca de los cambios futuros en nuestra lista de medicamentos. Consulte la Sección 4 de su Resumen Mensual de Medicamentos Recetados (Explicación de Beneficios para Miembros) para cambios específicos en los medicamentos que está tomando actualmente.

Fecha Effectiva	Nombre del Medicamento	Tipo de Cambio	Motivo del Cambio	Medicamentos Alternativos y Niveles
4/1/2025	TRUSELTIQ 125 MG/DAY ORAL CAPSULE	ELIMINACIÓN DE MEDICAMENTOS DEL FORMULARIO	MEDICAMENTO RETIRADO POR LA FDA	
4/1/2025	TRUSELTIQ 50 MG/DAY ORAL CAPSULE	ELIMINACIÓN DE MEDICAMENTOS DEL FORMULARIO	MEDICAMENTO RETIRADO POR LA FDA	
4/1/2025	TRUSELTIQ 75 MG/DAY ORAL CAPSULE	ELIMINACIÓN DE MEDICAMENTOS DEL FORMULARIO	MEDICAMENTO RETIRADO POR LA FDA	
4/1/2025	MESNEX 400 MG ORAL TABLET	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**MESNA 400 MG ORAL TABLET-5
4/1/2025	TRUSELTIQ 100 MG/DAY ORAL CAPSULE	ELIMINACIÓN DE MEDICAMENTOS DEL FORMULARIO	MEDICAMENTO RETIRADO POR LA FDA	
2/1/2025	SPRYCEL 70 MG ORAL TABLET	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**DASATINIB 70 MG ORAL TABLET-5
2/1/2025	SPRYCEL 140 MG ORAL TABLET	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**DASATINIB 140 MG ORAL TABLET-5
2/1/2025	SPRYCEL 100 MG ORAL TABLET	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**DASATINIB 100 MG ORAL TABLET-5
2/1/2025	SPRYCEL 80 MG ORAL TABLET	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**DASATINIB 80 MG ORAL TABLET-5
2/1/2025	SPRYCEL 50 MG ORAL TABLET	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**DASATINIB 50 MG ORAL TABLET-5
2/1/2025	SPRYCEL 20 MG ORAL TABLET	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**DASATINIB 20 MG ORAL TABLET-5
2/1/2025	TAZORAC 0.05 % TOPICAL CREAM (G)	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**TAZAROTENE 0.05 % TOPICAL CREAM (G)-2

Aviso de cambio de formulario

** Este medicamento está en nuestra lista de medicamentos (formulario). Por favor, hable con su médico para averiguar si este medicamento es adecuado para usted. Nota: La cantidad que pagará por este medicamento depende del período de cobertura en elque se encuentren. Puede llamar al Servicio de Atención al Miembro para averiguar cuánto pagará por este medicamento.

Aviso de cambio de formulario

Lo que usted y su médico pueden hacer

Le estamos hablando de estos cambios ahora, para que usted y su médico tengan tiempo (al menos 60 días) paradecidir qué hacer.

Dependiendo del tipo de cambio, puede haber diferentesopciones a considerar. Por ejemplo:

- **Tal vez usted puede encontrar un medicamento diferente** cubierto por un plan que podría funcionar igual de bien para usted.
    - Puede llamar al Servicio de Atención al Miembro para solicitar una lista demedicamentos cubiertos que traten la misma condición médica.
    - Esta lista puede ayudar al médico a encontrar un medicamento cubierto que pueda funcionar para usted y tenga menosrestricciones o un costo más bajo.
- **Para averiguar cuánto pagará** por medicamentos alternativos o su "etapa de pago de medicamentos", puede llamar al Servicio de Atención al Miembro.
    - Encuentre más detalles sobre los beneficiosde su plan revisando su Evidencia de Cobertura que le enviamos. Busque el Capítulo 9, Qué hacer si tiene un problema o queja.
- **Usted y su médico pueden pedirle al plan que haga una excepción para** usted. Esto significa pedirnos que aceptemos que el próximo cambio en la cobertura o el nivel de costo compartido deun medicamento no se aplica a usted.
    - Su médico tendrá que decirnos por quéhacer una excepción es médicamente necesario para usted.
    - Para saber lo que debe hacer para pedir una excepción, consulte la Evidencia de cobertura que le enviamos. Busque el Capítulo 9, Qué hacer si tiene un problema o queja.
    - (La Sección 6 de su Resumen Mensual de Medicamentos Recetados dice cómo obtener una copia de la Evidencia de Cobertura si la necesita.)

Para obtener más información

Para obtener información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por Clever Care Health Plan, visite nuestro sitio web en es.clevercarehealthplan.com/our-members o llame al Servicio de Atención al Miembro al (833) 388-8168 (TTY: 711).

- Del **1 de octubre al 31 de marzo,** los agentes en vivo están disponibles para ayudar siete días a la semana, de 8:00 AM a 8:00 PM.
- Del **1 de abril al 30 de septiembre,** los agentes en vivo están disponibles para ayudar de lunes a viernes, de 8:00 AM a 8:00 PM.

Aviso de cambio de formulario

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de eliminar o cambiar la cobertura de cualquiera de estos medicamentos, también puede presentar una queja con nosotros. Llame al Servicio de Atención al Miembro si desea presentar una queja.

También puede enviarnos su queja por escrito a:
Clever Care Health Plan
Attn: Grievance and Appeals
7711 Center Avenue., Suite 100
Huntington Beach, CA 92647

Para obtener más información sobre cómo presentar unaqueja, busque el Capítulo 9, Qué hacer si tiene un problema o queja.

Este documento puede estar disponible en otros formatos como Braille, letra grande u otros formatos alternativos. Llame al Servicio de Atención al Miembro al (833) 388-8168 (TTY: 711).

- Del **1 de octubre al 31 de marzo,** los agentes envivo están disponibles para ayudar siete días a lasemana**,** de 8:00 AM a 8:00 PM.
- Del **1 de abril al 30 de septiembre,** los agentes en vivo están disponibles para ayudar de lunes a viernes**,** de 8:00 AM a 8:00 PM.

Para obtener información más detallada sobre la cobertura de medicamentos recetados de su plan de salud de Clever Care, revise su Evidencia de Cobertura y otros materiales del plan.
Si tiene preguntas generales sobre la cobertura de medicamentos recetados de Medicare, llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 horas día/7 días a la semana. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1- 877-486-2048. O visitar www.medicare.gov.

Programa de "Ayuda Adicional" de Medicare

Es posible que pueda obtener Ayuda Adicional para pagarsus primas y costos de medicamentos recetados. Para ver si califica para Ayuda Adicional, llame a:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048, las 24horas del día/ los 7 días de la semana;
- La Oficina del Seguro Social al 1-800-772-1213 entre las 7 a.m. y las 7 p.m., de lunes a viernes. Losusuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778; o
- Su Oficina de Medicaid.

Esta información no es una descripción completa de los beneficios. Póngase en contacto con el plan para obtenermás información. Pueden aplicarse limitaciones, copagos y restricciones. El formulario puede cambiar en cualquier momento. Recibirás un aviso cuando sea necesario.

Aviso de cambio de formulario

Clever Care Health Plan, Inc. es un plan HMO y HMO C-SNP con un contrato de Medicare. La inscripción depende de la renovación del contrato.

M10580-FCN-ES (10/23)

H7607_ 24_CM1313_C 07172023