



Aviso de cambio de formulario

Clever Care Health Plan puede eliminar medicamentos de nuestro formulario (lista de medicamentos cubiertos) o agregarreglas 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 esté 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 Efectiva	Nombre del Medicamento	Tipo de Cambio	Motivo del Cambio	Medicamentos Alternativos y Niveles
7/1/2022	ZYTIGA 250 MG ORAL TABLET	ELIMINACIÓN DE MEDICAMENTOS DEL FORMULARIO	NO ES UN MEDICAMENTO CUBIERTO POR LA PARTE D	
6/1/2022	VIMPAT 50 MG ORAL TABLET	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	LACOSAMIDE 50 MG ORAL TABLET-2
6/1/2022	VIMPAT 200 MG ORAL TABLET	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	LACOSAMIDE 200 MG ORAL TABLET-2
6/1/2022	VIMPAT 150 MG ORAL TABLET	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	LACOSAMIDE 150 MG ORAL TABLET-2
6/1/2022	VIMPAT 100 MG ORAL TABLET	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	LACOSAMIDE 100 MG ORAL TABLET-2
6/1/2022	CYSTADANE 1G/SCOOP ORAL POWDER	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	BETAINE ANHYDROUS 1G/SCOOP ORAL POWDER-5

Fecha Efectiva	Nombre del Medicamento	Tipo de Cambio	Motivo del Cambio	Medicamentos Alternativos y Niveles
6/1/2022	REVLIMID 5 MG ORAL CAPSULE	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	LENALIDOMIDE 5 MG ORAL CAPSULE-5
6/1/2022	REVLIMID 25 MG ORAL CAPSULE	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	LENALIDOMIDE 25 MG ORAL CAPSULE-5
6/1/2022	REVLIMID 15 MG ORAL CAPSULE	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	LENALIDOMIDE 15 MG ORAL CAPSULE-5
6/1/2022	APOKYN 10 MG/ML SUBCUTANE. CARTRIDGE	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	APOMORPHINE HCL 10 MG/ML SUBCUTANE. CARTRIDGE-5
6/1/2022	REVLIMID 10 MG ORAL CAPSULE	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	LENALIDOMIDE 10 MG ORAL CAPSULE-5
5/1/2022	SELZENTRY 300 MG ORAL TABLET	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**MARAVIROC 300 MG ORAL TABLET-5
5/1/2022	CARBAGLU 200 MG ORAL TAB DISPER	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**CARGLUMIC ACID 200 MG ORAL TAB DISPER-5
5/1/2022	SELZENTRY 150 MG ORAL TABLET	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**MARAVIROC 150 MG ORAL TABLET-5
4/1/2022	ZYTIGA 500 MG ORAL TABLET	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**ABIRATERONE ACETATE 500 MG ORAL TABLET-5
3/1/2022	ZORTRESS 1 MG ORAL TABLET	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**EVEROLIMUS 1 MG ORAL TABLET-5
11/1/2021	ALINIA 100 MG/5ML ORAL SUSP RECON	ELIMINACIÓN DE MEDICAMENTOS DEL FORMULARIO	NO ES UN MEDICAMENTO CUBIERTO POR LA PARTE D	

Fecha Efectiva	Nombre del Medicamento	Tipo de Cambio	Motivo del Cambio	Medicamentos Alternativos y Niveles
10/30/2021	BYSTOLIC 10 MG ORAL TABLET	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**NEBIVOLOL HCL 10 MG ORAL TABLET-2
10/30/2021	BYSTOLIC 20 MG ORAL TABLET	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**NEBIVOLOL HCL 20 MG ORAL TABLET-2
10/30/2021	BYSTOLIC 5 MG ORAL TABLET	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**NEBIVOLOL HCL 5 MG ORAL TABLET-2
10/30/2021	DUREZOL 0.05 % OPHTHALMIC DROPS	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**DIFLUPREDNATE 0.05 % OPHTHALMIC DROPS-2
10/30/2021	BYSTOLIC 2.5 MG ORAL TABLET	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**NEBIVOLOL HCL 2.5 MG ORAL TABLET-2
10/30/2021	EPANED 1 MG/ML ORAL SOLUTION	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**ENALAPRIL MALEATE 1 MG/ML ORAL SOLUTION-2
8/28/2021	KALETRA 100MG-25MG ORAL TABLET	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**LOPINAVIR-RITONAVIR 100MG-25MG ORAL TABLET-2
8/28/2021	INTELENCE 100 MG ORAL TABLET	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**ETRAVIRINE 100 MG ORAL TABLET-5
8/28/2021	INTELENCE 200 MG ORAL TABLET	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**ETRAVIRINE 200 MG ORAL TABLET-5
8/28/2021	KALETRA 200MG-50MG ORAL TABLET	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**LOPINAVIR-RITONAVIR 200MG-50MG ORAL TABLET-5
7/31/2021	BANZEL 400 MG ORAL TABLET	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**RUFINAMIDE 400 MG ORAL TABLET-5

Fecha Efectiva	Nombre del Medicamento	Tipo de Cambio	Motivo del Cambio	Medicamentos Alternativos y Niveles
7/31/2021	BANZEL 200 MG ORAL TABLET	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**RUFINAMIDE 200 MG ORAL TABLET-5
7/31/2021	BEPREVE 1.5 % OPHTHALMIC DROPS	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**BEPOTASTINE BESILATE 1.5 % OPHTHALMIC DROPS-2
7/3/2021	THIOLA 100 MG ORAL TABLET	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**TIOPRONIN 100 MG ORAL TABLET-5
5/1/2021	BETHKIS 300 MG/4ML INHALATION AMPUL-NEB	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**TOBRAMYCIN 300 MG/4ML INHALATION AMPUL-NEB-5
5/1/2021	KUVAN 100 MG ORAL TABLET SOL	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**SAPROPTERIN DIHYDROCHLORIDE 100 MG ORAL TABLET SOL-5
5/1/2021	DEMSER 250 MG ORAL CAPSULE	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**METYROSINE 250 MG ORAL CAPSULE-5
5/1/2021	TYKERB 250 MG ORAL TABLET	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**LAPATINIB 250 MG ORAL TABLET-5
5/1/2021	TRUVADA 200-300 MG ORAL TABLET	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**EMTRICITABINE-TENOFOVIR DISOP 200-300 MG ORAL TABLET-5
5/1/2021	EMTRIVA 200 MG ORAL CAPSULE	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**EMTRICITABINE 200 MG ORAL CAPSULE-2
5/1/2021	SYMFI 600-300MG ORAL TABLET	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**EFAVIRENZ-LAMIVU-TENOFOV DISOP 600-300MG ORAL TABLET-5
5/1/2021	SYMFI LO 400-300 MG ORAL TABLET	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**EFAVIRENZ-LAMIVU-TENOFOV DISOP 400-300 MG ORAL TABLET-5

Fecha Efectiva	Nombre del Medicamento	Tipo de Cambio	Motivo del Cambio	Medicamentos Alternativos y Niveles
5/1/2021	ATRIPLA 600-200MG ORAL TABLET	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**EFAVIRENZ-EMTRIC-TENOFOV DISOP 600-200MG ORAL TABLET-5
5/1/2021	NORTHERA 300 MG ORAL CAPSULE	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**DROXIDOPA 300 MG ORAL CAPSULE-5
5/1/2021	NORTHERA 200 MG ORAL CAPSULE	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**DROXIDOPA 200 MG ORAL CAPSULE-5
5/1/2021	NORTHERA 100 MG ORAL CAPSULE	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**DROXIDOPA 100 MG ORAL CAPSULE-5
5/1/2021	TECFIDERA 240 MG ORAL CAPSULE DR	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**DIMETHYL FUMARATE 240 MG ORAL CAPSULE DR-5
5/1/2021	TECFIDERA 120 MG ORAL CAPSULE DR	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**DIMETHYL FUMARATE 120 MG ORAL CAPSULE DR-5
5/1/2021	FERRIPROX 500 MG ORAL TABLET	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**DEFERIPRONE 500 MG ORAL TABLET-5
4/3/2021	LOTEMAX 0.5 % OPHTHALMIC DROPS GEL	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**LOTEPREDNOL ETABONATE 0.5% OPHTHALMIC DROPS GEL-2
4/3/2021	TRUVADA 167-250 MG ORAL TABLET	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**EMTRICITABINE-TENOFOVIR DISOP 167-250 MG ORAL TABLET-5
4/3/2021	TRUVADA 133-200 MG ORAL TABLET	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**EMTRICITABINE-TENOFOVIR DISOP 133-200 MG ORAL TABLET-5
4/3/2021	TRUVADA 100-150 MG ORAL TABLET	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**EMTRICITABINE-TENOFOVIR DISOP 100-150 MG ORAL TABLET-5

Fecha Efectiva	Nombre del Medicamento	Tipo de Cambio	Motivo del Cambio	Medicamentos Alternativos y Niveles
3/1/2021	BANZEL 40 MG/ML ORAL SUSP	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**RUFINAMIDE 40 MG/ML ORAL SUSP-5
3/1/2021	TECFIDERA 120-240 MG ORAL CAPSULE DR	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**DIMETHYL FUMARATE 120-240 MG ORAL CAPSULE DR-5
2/27/2021	ALINIA 500 MG ORAL TABLET	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**NITAZOXANIDE 500 MG ORAL TABLET-5

** 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 el que se encuentren. Puede llamar a Servicios para Miembros para averiguar cuánto pagará por este medicamento.

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) para decidir qué hacer.

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

- **Tal vez usted puede encontrar un medicamento diferente** cubierta por el plan que podría funcionar igual de bien para usted.
 - Puede llamar a Clever Care Health Plan Member Services para solicitar una lista de medicamentos 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 menos restricciones o un costo más bajo.
- **Para averiguar cuánto pagará** por medicamentos alternativos o su "etapa de pago de medicamentos", puede llamar a Clever Care Health Plan Member Services.
 - Encuentre más detalles sobre los beneficios de 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 de un medicamento no se aplica a usted.
 - Su médico tendrá que decirnos por qué

hacer 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

<https://clevercarehealthplan.com/our-members/> o llame a Servicios para Miembros al (833) 388-8168 (TTY: 711).

- Del **1 de octubre al 31 de marzo**, los agentes en vivo están disponibles para ayudarle 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 ayudarle de lunes a viernes, de 8:00 AM a 8:00 PM.

Los sábados, domingos y festivos federales, puede dejar un mensaje y nos comunicamos con usted dentro de un día hábil.

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 a Servicios para Miembros si desea presentar una queja.

También puede enviarnos su queja por escrito a:

Clever Care Health Plan ATTN:
Grievance and Appeals
660 W. Huntington Dr., Suite 200
Arcadia, CA 91007-3424

Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, 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 a Servicios para Miembros al (833)388-8168 (TTY: 711).

- Del **1 de octubre al 31 de marzo**, los agentes en vivo están disponibles para ayudarle 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 ayudarle de lunes a viernes, de 8:00 AM a 8:00 PM. Los sábados, domingos y festivos federales, puede dejar un mensaje y nos pondremos en su lugar dentro de un día hábil.

Para obtener información más detallada sobre la cobertura de medicamentos recetados de Clever Care Health Plan, revise su Evidencia de Cobertura y otros materiales del plan.

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

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 pagarse 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 24 horas 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. Los usuarios 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 obtener más información. Pueden aplicarse limitaciones, copagos y restricciones. El formulario puede cambiar en cualquier momento. Recibirás un aviso cuando sea necesario.