



## 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 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
10/1/2024	CORLANOR 5 MG ORAL TABLET	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**IVABRADINE HCL 5 MG ORAL TABLET-3
10/1/2024	ENDARI 5 G ORAL POWD PACK	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**L-GLUTAMINE 5 G ORAL POWD PACK-5
10/1/2024	CORLANOR 7.5 MG ORAL TABLET	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**IVABRADINE HCL 7.5 MG ORAL TABLET-3
7/1/2024	MITIGARE 0.6 MG ORAL CAPSULE	ELIMINACIÓN DE MEDICAMENTOS DEL FORMULARIO	NO ES UN MEDICAMENTO CUBIERTO POR LA PARTE D	
7/1/2024	AZOPT 1 % OPHTHALMIC DROPS SUSP	ELIMINACIÓN DE MEDICAMENTOS DEL FORMULARIO	NO ES UN MEDICAMENTO CUBIERTO POR LA PARTE D	
6/1/2024	RECTIV 0.4% (W/W) RECTAL OINT. (G)	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	NITROGLYCERIN 0.4% (W/W) RECTAL OINT. (G)-2
5/1/2024	LEVONORG-ETH ESTRAD-FE BISGLYC 0.1-0.02MG ORAL TABLET	ELIMINACIÓN DE MEDICAMENTOS DEL FORMULARIO	NO ES UN MEDICAMENTO CUBIERTO POR LA PARTE D	
4/1/2024	TRACLEER 62.5 MG ORAL TABLET	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**BOSENTAN 62.5 MG ORAL TABLET-5

## Aviso de cambio de formulario

Fecha Efectiva	Nombre del Medicamento	Tipo de Cambio	Motivo del Cambio	Medicamentos Alternativos y Niveles
4/1/2024	FORTEO 20MCG/DOSE SUBCUTANE. PEN INJCTR	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**TERIPARATIDE 20MCG/DOSE SUBCUTANE. PEN INJCTR-2
4/1/2024	TRACLEER 125 MG ORAL TABLET	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**BOSENTAN 125 MG ORAL TABLET-5
4/1/2024	PROLENSA 0.07 % OPHTHALMIC DROPS	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**BROMFENAC SODIUM 0.07 % OPHTHALMIC DROPS-3
4/1/2024	RISPERDAL CONSTA 37.5MG/2ML INTRAMUSC. VIAL	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**RISPERIDONE ER 37.5MG/2ML INTRAMUSC. VIAL-5
4/1/2024	RISPERDAL CONSTA 50 MG/2 ML INTRAMUSC. VIAL	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**RISPERIDONE ER 50 MG/2 ML INTRAMUSC. VIAL-5
4/1/2024	RISPERDAL CONSTA 12.5MG/2ML INTRAMUSC. VIAL	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**RISPERIDONE ER 12.5MG/2ML INTRAMUSC. VIAL-2
4/1/2024	RISPERDAL CONSTA 25 MG/2 ML INTRAMUSC. VIAL	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**RISPERIDONE ER 25 MG/2 ML INTRAMUSC. VIAL-2
2/1/2024	CAROSPIR 25 MG/5 ML ORAL ORAL SUSP	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**SPIRONOLACTONE 25 MG/5 ML ORAL ORAL SUSP-2
2/1/2024	ALPHAGAN P 0.1 % OPHTHALMIC DROPS	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**BRIMONIDINE TARTRATE 0.1 % OPHTHALMIC DROPS-2
2/1/2024	VOTRIENT 200 MG ORAL TABLET	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**PAZOPANIB HCL 200 MG ORAL TABLET-5



## **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 el que 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) 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** cubierto por un plan que podría funcionar igual de bien para usted.
  - Puede llamar al Servicio de Atención al Miembro 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 al Servicio de Atención al Miembro.
  - 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 [es.clevercarehealthplan.com/our-members](https://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 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 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.

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](http://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 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.



## **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)