



## 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
9/1/2023	PREZISTA 800 MG ORAL TABLET	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**DARUNAVIR 800 MG ORAL TABLET-5
9/1/2023	PREZISTA 600 MG ORAL TABLET	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**DARUNAVIR 600 MG ORAL TABLET-5
8/1/2023	CELONTIN 300 MG ORAL CAPSULE	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**METHSUXIMIDE 300 MG ORAL CAPSULE-2
8/1/2023	IRESSA 250 MG ORAL TABLET	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**GEFITINIB 250 MG ORAL TABLET-5
7/1/2023	UCERIS 2 MG RECTAL FOAM/APPL	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**BUDESONIDE 2 MG RECTAL FOAM/APPL-2
7/1/2023	NOXAFIL 200 MG/5ML ORAL ORAL SUSP	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**POSACONAZOLE 200 MG/5ML ORAL ORAL SUSP-5
6/1/2023	AUBAGIO 14 MG ORAL TABLET	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**TERIFLUNOMIDE 14 MG ORAL TABLET-5
6/1/2023	AUBAGIO 7 MG ORAL TABLET	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**TERIFLUNOMIDE 7 MG ORAL TABLET-5
4/22/2023	VIMPAT 200MG/20ML INTRAVEN. VIAL	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**LACOSAMIDE 200MG/20ML INTRAVEN. VIAL-2

Fecha Efectiva	Nombre del Medicamento	Tipo de Cambio	Motivo del Cambio	Medicamentos Alternativos y Niveles
4/1/2023	BIDIL 20-37.5MG ORAL TABLET	ELIMINACIÓN DE MEDICAMENTOS DEL FORMULARIO	NO ES UN MEDICAMENTO CUBIERTO POR LA PARTE D	
3/1/2023	DALIRESP 250 MCG ORAL TABLET	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**ROFLUMILAST 250 MCG ORAL TABLET-2
2/1/2023	DENAVIR 1 % TOPICAL CREAM (G)	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**PENCICLOVIR 1 % TOPICAL CREAM (G)-2
2/1/2023	REVLIMID 20 MG ORAL CAPSULE	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**LENALIDOMIDE 20 MG ORAL CAPSULE-5
2/1/2023	GILENYA 0.5 MG ORAL CAPSULE	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**FINGOLIMOD 0.5 MG ORAL CAPSULE-5
2/1/2023	REVLIMID 2.5 MG ORAL CAPSULE	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**LENALIDOMIDE 2.5 MG ORAL CAPSULE-5
2/1/2023	ZIOPATAN 0.0015 % OPHTHALMIC DROPERETTE	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**TAFLUPROST 0.0015 % OPHTHALMIC DROPERETTE-2
2/1/2023	DALIRESP 500 MCG ORAL TABLET	VERSIÓN DE MARCA ELIMINADA DEL FORMULARIO	MEDICAMENTOS GENÉRICOS DISPONIBLES EN EL NIVEL INFERIOR	**ROFLUMILAST 500 MCG ORAL TABLET-2

\*\* 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](http://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.