



Cambios en el Formulario de SilverScript Choice (PDP)

SilverScript podría retirar de inmediato 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 la misma o menor cantidad de restricciones. O, cuando añadimos un medicamento genérico, podríamos decidir mantener el medicamento de marca en nuestra Lista de Medicamentos, pero cambiarlo de inmediato a otro nivel de costo compartido o añadir nuevas restricciones. Podríamos no informarle por adelantado antes de hacer ese cambio, pero le daremos información después sobre los cambios específicos que hicimos. Igualmente, si la Administración de Alimentos y Medicamentos determina que un medicamento en nuestro formulario es inseguro o si el fabricante del medicamento retira el medicamento del mercado, podemos retirar el medicamento de nuestro formulario de inmediato e informar a los miembros que toman ese medicamento.

Antes de hacer otros cambios durante el año en nuestra Lista de Medicamentos que afectan a los miembros que actualmente toman un medicamento y que requieren que demos un aviso por adelantado, notificaremos a los miembros afectados sobre el cambio al menos 30 días antes de que el cambio entre en vigor o cuando el miembro solicite la repetición del medicamento, en cuyo momento el miembro recibirá un suministro de 30 días del medicamento.

Si usted se ve afectado por un cambio en la cobertura o restricción de un medicamento, usted o el profesional que emite la receta pueden pedirnos que hagamos una excepción para seguir cubriendo el medicamento como usted lo desea. El aviso que le enviemos también incluirá la información sobre los pasos para solicitar una excepción. Para obtener más información sobre las decisiones de cobertura y cómo pedir una excepción consulte su *Evidencia de Cobertura*, o llame al Cuidado al Cliente, al 1-866-235-5660 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.



La siguiente tabla muestra los cambios en nuestro formulario que podrían afectarle.

Nombre del medicamento afectado	Descripción del cambio	Razón del cambio	Medicamento alternativo*	Copago del medicamento alternativo	Fecha de entrada en vigor
AMINOSYN-PF INJ 10%	Eliminación De Medicamento Del Formulario	Ya No Será Cubierto Por Medicare	AMINOSYN II INJ 10%	Tier 4	08/01/2020
CIPROFLOXACIN SUSP 500MG/5	Eliminación De Medicamento Del Formulario	Descontinuado Por El Fabricante	CIPROFLOXACIN TAB 500MG	Tier 2	03/01/2020
D5W/NACL INJ 0.33%	Eliminación De Medicamento Del Formulario	Descontinuado Por El Fabricante	D5W/NACL INJ 0.225%	Tier 4	02/01/2020
DAPTOMYCIN SOLN 350MG (brand)	Eliminación De Medicamento Del Formulario	Genérico Disponible	DAPTOMYCIN SOLN 350MG	Tier 5	01/01/2020
DELYLA TAB 0.1-0.02	Eliminación De Medicamento Del Formulario	Descontinuado Por El Fabricante	AVIANE TAB	Tier 3	02/01/2020
DEPEN TITRA TAB 250MG	Eliminación De Medicamento Del Formulario	Genérico Disponible	PENICILLAMIN TAB 250MG	Tier 5	05/01/2020
E.E.S. 400 TAB 400MG	Eliminación De Medicamento Del Formulario	Descontinuado Por El Fabricante	ERYTHROMYCIN ETHYLSUCCINATE TAB 400 MG	Tier 4	09/01/2020
EMBEDA CAP	Eliminación De Medicamento Del Formulario	Descontinuado Por El Fabricante	MORPHINE SULFATE TAB ER	Tier 3	08/01/2020
FARYDAK CAP 15MG	Eliminación De Medicamento Del Formulario	Descontinuado Por El Fabricante	FARYDAK CAP 20MG	Tier 5	05/01/2020

SilverScript®

Nombre del medicamento afectado	Descripción del cambio	Razón del cambio	Medicamento alternativo*	Copago del medicamento alternativo	Fecha de entrada en vigor
FIRAZYR INJ 30MG/3ML	Eliminación De Medicamento Del Formulario	Genérico Disponible	ICATIBANT INJ 30 MG/3ML	Tier 5	01/01/2020
FLURBIPROFEN TAB 50MG	Eliminación De Medicamento Del Formulario	Descontinuado Por El Fabricante	FLURBIPROFEN TAB 100MG	Tier 3	05/01/2020
HUMIRA PEDIATRIC INJ CROHNS	Eliminación De Medicamento Del Formulario	Descontinuado Por El Fabricante	HUMIRA KIT 40MG/0.8 ML	Tier 5	04/01/2020
IONOSOL-MB INJ D5W	Eliminación De Medicamento Del Formulario	Ya No Será Cubierto Por Medicare	NORMOSOL -M INJ /D5W	Tier 4	05/01/2020
ISOSORBIDE DINITRATE TAB ER 40 MG	Eliminación De Medicamento Del Formulario	Descontinuado Por El Fabricante	ISOSORBIDE DINITRATE TAB	Tier 3	03/01/2020
JADENU TAB 360MG	Eliminación De Medicamento Del Formulario	Genérico Disponible	DEFERASIROX TAB 360MG	Tier 5	05/01/2020
JADENU TAB 90MG	Eliminación De Medicamento Del Formulario	Genérico Disponible	DEFERASIROX TAB 90MG	Tier 5	05/01/2020
KCL/D5W/NACL INJ .15/.33%	Eliminación De Medicamento Del Formulario	Descontinuado Por El Fabricante	KCL/D5W/NACL INJ .15-.45%	Tier 4	02/01/2020
LYRICA CAP	Eliminación De Medicamento Del Formulario	Genérico Disponible	PREGABALIN CAP	Tier 3	01/01/2020
LYRICA SOL 20MG/ML	Eliminación De Medicamento Del Formulario	Genérico Disponible	PREGABALIN SOLN 20 MG/ML	Tier 4	01/01/2020

SilverScript®

Nombre del medicamento afectado	Descripción del cambio	Razón del cambio	Medicamento alternativo*	Copago del medicamento alternativo	Fecha de entrada en vigor
MORGIDOX CAP 1X50MG	Eliminación De Medicamento Del Formulario	Descontinuado Por El Fabricante	DOXYCYCLINE HYCLATE CAP 50 MG	Tier 3	02/01/2020
MOXEZA SOLN 0.5%	Eliminación De Medicamento Del Formulario	Genérico Disponible	MOXIFLOXACIN HCL OPTH SOLN 0.5%	Tier 4	03/01/2020
NEBUPENT INH 300MG	Eliminación De Medicamento Del Formulario	Genérico Disponible	PENTAMIDINE INH 300MG	Tier 4	05/01/2020
NORLYROC TAB 0.35MG	Eliminación De Medicamento Del Formulario	Descontinuado Por El Fabricante	CAMILA TAB 0.35MG	Tier 3	02/01/2020
NOXAFIL TAB 100MG	Eliminación De Medicamento Del Formulario	Genérico Disponible	POSACONAZOLE TAB 100MG DR	Tier 5	05/01/2020
PENTAM 300 INJ 300MG	Eliminación De Medicamento Del Formulario	Genérico Disponible	PENTAMIDINE ISETHIONATE FOR SOLN 300 MG	Tier 4	05/01/2020
POTASSIUM CHLORIDE/D5W INJ 40MEQ/L	Eliminación De Medicamento Del Formulario	Descontinuado Por El Fabricante	POTASSIUM CHLORIDE/D5W INJ 20MEQ/L	Tier 4	09/01/2020
RANITIDINE INJ	Eliminación De Medicamento Del Formulario	Retiro del Mercado	FAMOTIDINE INJ	Tier 4	06/01/2020
RANITIDINE SYP 75MG/5ML	Eliminación De Medicamento Del Formulario	Retiro del Mercado	NIZATIDINE SOL 15MG/ML	Tier 4	06/01/2020
RANITIDINE TAB	Eliminación De Medicamento Del Formulario	Retiro del Mercado	FAMOTIDINE TAB	Tier 2	06/01/2020

SilverScript®

Nombre del medicamento afectado	Descripción del cambio	Razón del cambio	Medicamento alternativo*	Copago del medicamento alternativo	Fecha de entrada en vigor
REBETOL SOLN 40MG/ML	Eliminación De Medicamento Del Formulario	Descontinuado Por El Fabricante	RIBAVIRIN TAB 200MG	Tier 4	02/01/2020
RESCRIPTOR TAB 200MG	Eliminación De Medicamento Del Formulario	Descontinuado Por El Fabricante	EFAVIRENZ TAB 600MG	Tier 4	06/01/2020
RIBASPHERE CAP 200MG	Eliminación De Medicamento Del Formulario	Descontinuado Por El Fabricante	RIBAVIRIN CAP 200MG	Tier 3	02/01/2020
RIBASPHERE TAB 200MG	Eliminación De Medicamento Del Formulario	Descontinuado Por El Fabricante	RIBAVIRIN TAB 200MG	Tier 4	02/01/2020
RIBASPHERE TAB 600MG	Eliminación De Medicamento Del Formulario	Descontinuado Por El Fabricante	RIBAVIRIN CAP 200MG	Tier 3	02/01/2020
RIFATER TAB	Eliminación De Medicamento Del Formulario	Descontinuado Por El Fabricante	ISONIAZID TAB	Tier 2	09/01/2020
SYLATRON KIT 600MCG	Eliminación De Medicamento Del Formulario	Descontinuado Por El Fabricante	SYLATRON KIT 300MCG	Tier 5	04/01/2020
THEOPHYLLINE TAB 100MG CR	Eliminación De Medicamento Del Formulario	Descontinuado Por El Fabricante	THEOPHYLLINE TAB 400MG ER	Tier 3	01/01/2020
THEOPHYLLINE TAB 200MG CR	Eliminación De Medicamento Del Formulario	Descontinuado Por El Fabricante	THEOPHYLLINE TAB 400MG ER	Tier 3	01/01/2020
VIDEX EC CAP 125MG	Eliminación De Medicamento Del Formulario	Descontinuado Por El Fabricante	DIDANOSINE CAP 250MG	Tier 4	07/01/2020



Nombre del medicamento afectado	Descripción del cambio	Razón del cambio	Medicamento alternativo*	Copago del medicamento alternativo	Fecha de entrada en vigor
VIDEX SOL 2GM	Eliminación De Medicamento Del Formulario	Descontinuado Por El Fabricante	DIDANOSINE CAP 200MG	Tier 4	07/01/2020
ZYKADIA CAP 150MG	Eliminación De Medicamento Del Formulario	Descontinuado Por El Fabricante	ZYKADIA TAB 150MG	Tier 5	02/01/2020

*Los medicamentos alternativos son medicamentos en la misma categoría o clase terapéutica o nivel de costos que el medicamento afectado. Sólo su médico puede determinar si una de las alternativas aquí indicadas es apropiada para usted, dada la naturaleza individualizada de la terapia de medicamentos. Consulte con su médico para confirmar que este medicamento sea apropiado para usted.

Si está en desacuerdo con la decisión de retirar un medicamento del formulario o cambiar el nivel o restricciones de un medicamento, usted tiene el derecho de presentar una queja. Llame al Cuidado al Cliente al 1-866-884-9478, (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. También puede enviarnos su queja por fax, al 1-866-217-3353, o por escrito a SilverScript Insurance Company Prescription Drug Plans, Grievance Department, P.O. Box 30016, Pittsburgh, PA 15222-0330. Para obtener más información sobre cómo presentar una queja, consulte su *Evidencia de Cobertura*.

El formulario podría cambiar en cualquier momento. Usted recibirá un aviso cuando sea necesario.

ATENCIÓN: Si usted habla español, tenemos servicios de asistencia lingüística disponibles para usted sin costo alguno. Llame al 1-866-235-5660 (TTY: 711).

SilverScript es un Plan de Medicamentos Recetados con un contrato con Medicare ofrecido por SilverScript Insurance Company. La inscripción en SilverScript depende de la renovación del contrato.