

City of Houston

Es posible que, durante el año del plan, se agreguen o eliminen medicamentos del formulario. Si eliminamos medicamentos del formulario, requerimos autorización previa, aplicamos límites de cantidad o restricciones de terapia escalonada para un medicamento, y/o cambiamos un medicamento a un nivel de participación de costos más alto, le informaremos sobre el cambio al menos 60 días antes de que el cambio entre en vigencia. Sin embargo, si la Administración de Drogas y Alimentos (Food and Drug Administration, FDA) considera que un medicamento de nuestro formulario no es seguro, o si el fabricante retira un medicamento del mercado, lo eliminaremos de inmediato del formulario.

La siguiente tabla describe los próximos cambios en nuestro formulario que podrían afectarlo.

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO AFECTADO | DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO | MOTIVO DEL CAMBIO | MEDICAMENTO ALTERNATIVO ¹ | COPAGO DEL MEDICAMENTO ALTERNATIVO | FECHA DE VIGENCIA |
|---------------------------------|---------------------------------|-------------------|--|------------------------------------|-------------------|
| BUPHENYL TAB 500MG | DELETION OF DRUG FROM FORMULARY | GENERIC AVAILABLE | SODIUM PHENYLBUTYRATE TAB 500 MG | Tier 5 | 6/1/2018 |
| COPAXONE INJ 40MG/ML | DELETION OF DRUG FROM FORMULARY | GENERIC AVAILABLE | GLATIRAMER INJ 40MG/ML | Tier 5 | 6/1/2018 |
| ESTRACE VAGINAL CREAM 0.01% | DELETION OF DRUG FROM FORMULARY | GENERIC AVAILABLE | ESTRADIOL VAGINAL CREAM 0.01% | Tier 2 | 6/1/2018 |
| ISTALOL OPHTH SOLN 0.5% | DELETION OF DRUG FROM FORMULARY | GENERIC AVAILABLE | TIMOLOL MALEATE OPHTH SOLN 0.5% (ONCE-DAILY) | Tier 2 | 6/1/2018 |
| RELPAX TAB | DELETION OF DRUG FROM FORMULARY | GENERIC AVAILABLE | ELETRIPTAN TAB | Tier 2 | 6/1/2018 |
| RENVELA PAK | DELETION OF DRUG FROM FORMULARY | GENERIC AVAILABLE | SEVELAMER CARBONATE PACKET | Tier 2 | 6/1/2018 |

| NOMBRE DEL MEDICAMENTO AFECTADO | DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO | MOTIVO DEL CAMBIO | MEDICAMENTO ALTERNATIVO ¹ | COPAGO DEL MEDICAMENTO ALTERNATIVO | FECHA DE VIGENCIA |
|---------------------------------|---------------------------------|-------------------|--------------------------------------|------------------------------------|-------------------|
| RENVELA TAB 800MG | DELETION OF DRUG FROM FORMULARY | GENERIC AVAILABLE | SEVELAMER CARBONATE TAB 800 MG | Tier 2 | 6/1/2018 |
| REYATAZ CAP | DELETION OF DRUG FROM FORMULARY | GENERIC AVAILABLE | ATAZANAVIR CAP | Tier 5 | 6/1/2018 |
| SABRIL PACK 500MG | DELETION OF DRUG FROM FORMULARY | GENERIC AVAILABLE | VIGABATRIN POWDER PACK 500MG | Tier 5 | 6/1/2018 |
| SUSTIVA CAP 200MG | DELETION OF DRUG FROM FORMULARY | GENERIC AVAILABLE | EFAVIRENZ CAP 200 MG | Tier 5 | 6/1/2018 |
| SUSTIVA CAP 50MG | DELETION OF DRUG FROM FORMULARY | GENERIC AVAILABLE | EFAVIRENZ CAP 50 MG | Tier 2 | 6/1/2018 |
| TAMIFLU SUSP 6MG/ML | DELETION OF DRUG FROM FORMULARY | GENERIC AVAILABLE | OSELTAMIVIR PHOSPHATE SUSP 6 MG/ML | Tier 2 | 6/1/2018 |
| TRANSDERM-SC PATCH 1.5MG | DELETION OF DRUG FROM FORMULARY | GENERIC AVAILABLE | SCOPOLAMINE PATCH | Tier 4 | 6/1/2018 |
| VIGAMOX DROPS 0.5% | DELETION OF DRUG FROM FORMULARY | GENERIC AVAILABLE | MOXIFLOXACIN HCL OPHTH SOLN 0.5% | Tier 2 | 6/1/2018 |
| ZIAGEN SOLN 20MG/ML | DELETION OF DRUG FROM FORMULARY | GENERIC AVAILABLE | ABACAVIR SOLN 20MG/ML | Tier 2 | 6/1/2018 |

TexanPlus® HMO es un plan de Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La inscripción en TexanPlus® HMO depende de la renovación del contrato.

¹Consulte a su médico si este es un medicamento adecuado para usted, ya que es el médico quien tomará la decisión de recetárselo, si corresponde. Si ninguno de los medicamentos alternativos enumerados anteriormente es adecuado para usted debido a su afección médica, puede solicitar una excepción al formulario. Para presentar una solicitud de excepción al formulario, usted (o su médico/la persona que receta el medicamento) debe enviarnos una declaración de respaldo de su médico. Si la declaración de respaldo de su médico demostró la necesidad médica de un medicamento no incluido en el formulario, concederemos una excepción al formulario. Para obtener más información, llámenos al 1-866-230-2513, de 8.00 a. m. a 8.00 p. m. en su zona horaria local (los usuarios de TTY deben llamar al 711), los 7 días de la semana.

TexanPlus® HMO complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-888-736-7442 (TTY: 711). Spanish: ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-736-7442 (TTY: 711). Chinese: 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-736-7442 (TTY: 711)。

