



Adiciones y eliminaciones del formulario de medicamentos hasta la fecha en 2018

Revised 1º de Enero del 2018

Health Choice Generations puede agregar o eliminar medicamentos de nuestro formulario de medicamentos durante el año. Si se eliminan medicamentos del formulario de medicamentos, se agregan requisitos de autorización previa, límites de cantidad y/o restricciones en las terapias de pasos para un medicamento y/o cambiamos un medicamento a un nivel más alto de costos compartidos, le notificaremos sobre el cambio al menos 60 días antes de que el cambio entre en vigencia. No obstante, si la Administración de Alimentos y Medicamentos (*Food and Drug Administration, FDA*) considera que un medicamento de nuestro formulario de medicamentos no es seguro, o si el fabricante del medicamento lo retira del mercado, retiraremos el medicamento del formulario inmediatamente.

Las tablas que siguen brindan información sobre cambios en nuestro formulario de medicamentos que podrían afectarlo. También puede ver los cambios más recientes al formulario de medicamentos en nuestro sitio web HealthChoiceGenerations.com. Si tiene alguna pregunta o inquietud, llámenos. Siempre deseamos ayudarle.

Esta información está disponible sin costo en otros idiomas. Llame a nuestro número de servicio al cliente al 800-656-8991 (TTY 711), 8 a.m. - 8 p.m., los 7 días de la semana.

Definiciones:

PA = Autorización previa: Health Choice Generations requiere que su médico obtenga autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que deberá obtener la aprobación de nuestro plan antes de surtir sus recetas. Si no obtiene la aprobación, es posible que Health Choice Generations no cubra el medicamento.

ST = Terapia escalonada: En algunos casos, Health Choice Generations requiere que pruebe primero determinados medicamentos para tratar su problema médico antes de cubrir otro medicamento para ese mismo problema. Por ejemplo, si un medicamento A y un medicamento B sirven para tratar su problema médico, puede que Health Choice Generations no cubra el medicamento B a menos que usted pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no surte efecto en su caso, entonces Health Choice Generations cubrirá el medicamento B.

QL = Límite de cantidad: Health Choice Generations limita la cantidad de determinados medicamentos que nuestro plan cubrirá. A menos que se indique lo contrario, la cantidad detallada corresponde a unidades (cápsulas, pastillas) para 30 días. Por ejemplo, Health Choice Generations proporciona 30 unidades por receta médica de 30 días de NAMENDA XR. Esto puede ser además de un suministro normal para uno o tres meses.

410 N. 44th Street, Suite 510, Phoenix, AZ 85008
Toll-Free: 800-656-8991 | TTY 711 | HealthChoiceGenerations.com
Customer Service Hours: 8 a.m. – 8 p.m., 7 days a week





Adiciones y eliminaciones del formulario de medicamentos hasta la fecha en 2018

Revised 1º de Enero del 2018

BvD = Parte B versus Parte D: Este medicamento recetado tiene un requisito de autorización previa administrativa de la Parte B en lugar de una de la Parte D. Este medicamento puede estar cubierto por las Partes B o D de Medicare según las circunstancias. Es posible que deba presentarse información sobre el uso y el entorno del medicamento para tomar la determinación.

***Medicamentos Alternativos:** Los medicamentos alternativos son medicamentos de la misma categoría/clase terapéutica o nivel de costos compartidos que el medicamento afectado. Solo su médico puede determinar si la alternativa es adecuada para usted dada la naturaleza individualizada del tratamiento con medicamentos. Consulte con su médico si este es unos medicamentos adecuado para usted.

Nombre del Medicamento	Descripción del cambio	Medicamento Alternativo*	Nivel de medicamento o alternativo	Fecha de entrada en vigencia
ABACAVIR SULFATE/LAMIVUDINE/ZIDOVUDINE TABS	Nivel 1 & QL 60	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
ABRAXANE SUSR	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
ACETAMINOPHEN/CODEINE TABS	Nivel 1 & QL 400	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
ACTEMRA SOLN	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
ADAGEN SOLN	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
ADCIRCA TABS	Nivel 1 & PA & QL 60	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
ADEMPAS TABS	Nivel 1 & PA & QL 90	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
ADVAIR DISKUS	Nivel 1 & QL 60	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
ADVAIR HFA	Nivel 1 & QL 24	N/A	N/A	1º de Enero del 2018

410 N. 44th Street, Suite 510, Phoenix, AZ 85008
 Toll-Free: 800-656-8991 | TTY 711 | HealthChoiceGenerations.com
 Customer Service Hours: 8 a.m. – 8 p.m., 7 days a week





Adiciones y eliminaciones del formulario de medicamentos hasta la fecha en 2018

Revised 1º de Enero del 2018

Nombre del Medicamento	Descripción del cambio	Medicamento Alternativo*	Nivel de medicamento o alternativo	Fecha de entrada en vigencia
AFINITOR DISPERZ	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
AFINITOR TABS	Nivel 1 & PA & QL 30	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
AKYNZEO CAPS	Nivel 1 & QL 2 & BvD	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
ALBUTEROL SULFATE NEBU	Nivel 1 & QL & BvD	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
ALDURAZYME SOLN	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
ALECENSA	Nivel 1 & PA & QL 240	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
ALENDRONATE SODIUM TABS 70MG	Nivel 1 & QL 4	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
ALLZITAL	No en el formulario	butalbital/acetaminophen tabs 325mg; 50mg	Nivel 1 & QL 360	1º de Enero del 2018
ALMOTRIPTAN MALATE TABS	Nivel 1 & QL 12	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
ALOSETRON HYDROCHLORIDE TABS	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
ALPHAGAN P 0.15%	No en el formulario	ALPHAGAN P SOLN 0.1%	Nivel 1	1º de Enero del 2018
ALPRAZOLAM INTENSOL	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
ALPRAZOLAM TABS	Nivel 1 & PA & QL	N/A	N/A	1º de Enero del 2018

410 N. 44th Street, Suite 510, Phoenix, AZ 85008
Toll-Free: 800-656-8991 | TTY 711 | HealthChoiceGenerations.com
Customer Service Hours: 8 a.m. – 8 p.m., 7 days a week





Adiciones y eliminaciones del formulario de medicamentos hasta la fecha en 2018

Revised 1º de Enero del 2018

Nombre del Medicamento	Descripción del cambio	Medicamento Alternativo*	Nivel de medicamento o alternativo	Fecha de entrada en vigencia
ALPRAZOLAM XR	Nivel 1 & PA & QL	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
ALUNBRIG TABS	Nivel 1 & PA & QL 180	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
AMITIZA CAPS	Nivel 1 & QL 60	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
AMLODIPINE/OLMESARTAN MEDOXOMIL	No en el formulario	amlodipine, olmesartan por separado	Nivel 1	1º de Enero del 2018
AMNESTEEM CAPS	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
AMOXAPINE TABS	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
AMPHETAMINE/DEXTROAMPHETAMINE CP24	Nivel 1 & PA & QL 30	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
AMPHETAMINE/DEXTROAMPHETAMINE TABS	Nivel 1 & QL 90	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
AMPYRA	Nivel 1 & PA & QL 60	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
ANADROL-50	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
ANDRODERM	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
APLENZIN TB24	Nivel 1 & ST & QL 30	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
APOKYN	Nivel 1 & PA & QL 90	N/A	N/A	1º de Enero del 2018

410 N. 44th Street, Suite 510, Phoenix, AZ 85008
 Toll-Free: 800-656-8991 | TTY 711 | HealthChoiceGenerations.com
 Customer Service Hours: 8 a.m. – 8 p.m., 7 days a week





Adiciones y eliminaciones del formulario de medicamentos hasta la fecha en 2018

Revised 1º de Enero del 2018

Nombre del Medicamento	Descripción del cambio	Medicamento Alternativo*	Nivel de medicamento o alternativo	Fecha de entrada en vigencia
APREPITANT	Nivel 1 & QL & BvD	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
ARCALYST	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
ARIPIRAZOLE	Nivel 1 & QL	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
ARIPIRAZOLE ODT	Nivel 1 & QL	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
ARMODAFINIL TABS	Nivel 1 & PA & QL	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
ATOMOXETINE CAPS	Nivel 1 & QL	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
ATRIPLA	Nivel 1 & QL 30	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
ATROPINE SULFATE 0.25MG/5ML	No en el formulario	diphenoxylate/atropine liqd 0.025mg/5ml	Nivel 1 & PA	1º de Enero del 2018
ATROVENT HFA	Nivel 1 & QL 25.8	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
AUBAGIO	Nivel 1 & PA & QL 30	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
AVANDIA	No en el formulario	pioglitazone	Nivel 1 & QL	1º de Enero del 2018
AVONEX KIT	Nivel 1 & PA & QL 4	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
AVONEX PEN	Nivel 1 & PA & QL 4	N/A	N/A	1º de Enero del 2018

410 N. 44th Street, Suite 510, Phoenix, AZ 85008
Toll-Free: 800-656-8991 | TTY 711 | HealthChoiceGenerations.com
Customer Service Hours: 8 a.m. – 8 p.m., 7 days a week





Adiciones y eliminaciones del formulario de medicamentos hasta la fecha en 2018

Revised 1º de Enero del 2018

Nombre del Medicamento	Descripción del cambio	Medicamento Alternativo*	Nivel de medicamento o alternativo	Fecha de entrada en vigencia
AZATHIOPRINE TABS	Nivel 1 & BvD	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
AZELASTINE HCL SOLN	Nivel 1 & QL 60	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
BARACLUDE SOLN	Nivel 1 & QL 600	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
BELEODAQ	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
BENLYSTA	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
BIVIGAM	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
BREO ELLIPTA	Nivel 1 & QL 60	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
BRISDELLE	No en el formulario	paroxetine	Nivel 1 & PA	1º de Enero del 2018
BUDESONIDE NASAL SPRAY	Nivel 1 & QL 17.2	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
BUDESONIDE SUSP	Nivel 1 & QL 120 & BvD	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
BUPROPION HCL SR TB12	Nivel 1 & QL 90	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
BUPROPION HCL XL TB24	Nivel 1 & QL 30	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
BUTALBITAL/ACETAMINOPHEN TABS 300/50mg	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018

410 N. 44th Street, Suite 510, Phoenix, AZ 85008
 Toll-Free: 800-656-8991 | TTY 711 | HealthChoiceGenerations.com
 Customer Service Hours: 8 a.m. – 8 p.m., 7 days a week





Adiciones y eliminaciones del formulario de medicamentos hasta la fecha en 2018

Revised 1º de Enero del 2018

Nombre del Medicamento	Descripción del cambio	Medicamento Alternativo*	Nivel de medicamento o alternativo	Fecha de entrada en vigencia
BUTALBITAL/ACETAMINOPHEN TABS 325/50mg	Nivel 1 & PA & QL 360	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
BUTALBITAL/ACETAMINOPHEN/CAFFEINE CAPS 325/50/40mg	Nivel 1 & PA & QL 360	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
BUTISOL SODIUM 30MG	No en el formulario	ninguna alternativa al formulario	N/A	1º de Enero del 2018
BYDUREON	Nivel 1 & ST & QL 4	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
BYDUREON PEN	Nivel 1 & ST & QL 4	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
BYETTA	No en el formulario	Bydureon, Trulicity, Victoza	Nivel 1 & ST	1º de Enero del 2018
CALCITONIN-SALMON SOLN	Nivel 1 & QL 3.7	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
CAPRELSA TABS 100mg	Nivel 1 & PA & QL 60	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
CAPRELSA TABS 300mg	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
CARIMUNE NANOFILTERED SOLR	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
CAYSTON	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
CELECOXIB CAPS	Nivel 1 & QL 60	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
CEREZYME	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018

410 N. 44th Street, Suite 510, Phoenix, AZ 85008
Toll-Free: 800-656-8991 | TTY 711 | HealthChoiceGenerations.com
Customer Service Hours: 8 a.m. – 8 p.m., 7 days a week





Adiciones y eliminaciones del formulario de medicamentos hasta la fecha en 2018

Revised 1º de Enero del 2018

Nombre del Medicamento	Descripción del cambio	Medicamento Alternativo*	Nivel de medicamento o alternativo	Fecha de entrada en vigencia
CHANTIX	Nivel 1 & QL 504/365 days	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
CHLORPROPAMIDE	No en el formulario	glimepiride, glipizide, glyburide, tolazamide	Nivel 1 & QL, PA para glyburide	1º de Enero del 2018
CIMZIA	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
CLARAVIS CAPS	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
CLONAZEPAM ODT	Nivel 1 & QL	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
CLOZAPINE ODT	Nivel 1 & QL	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
COMBIVENT RESPIMAT	Nivel 1 & QL 8	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
COMETRIQ	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
COMPLERA	Nivel 1 & QL 30	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
COPAXONE	Nivel 1 & PA & QL	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
COTELLIC TABS	Nivel 1 & PA & QL 90	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
CUPRIMINE 250MG	No en el formulario	SYPRINE CAPS 250MG	Nivel 1	1º de Enero del 2018
CYCLOPHOSPHAMIDE CAPS	Nivel 1 & BvD	N/A	N/A	1º de Enero del 2018

410 N. 44th Street, Suite 510, Phoenix, AZ 85008
 Toll-Free: 800-656-8991 | TTY 711 | HealthChoiceGenerations.com
 Customer Service Hours: 8 a.m. – 8 p.m., 7 days a week





Adiciones y eliminaciones del formulario de medicamentos hasta la fecha en 2018

Revised 1º de Enero del 2018

Nombre del Medicamento	Descripción del cambio	Medicamento Alternativo*	Nivel de medicamento o alternativo	Fecha de entrada en vigencia
CYCLOSPORINE SOLN	Nivel 1 & BvD	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
CYRAMZA SOLN	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
CYSTARAN SOLN	Nivel 1 & PA & 60/28 days	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
DALIRESP TABS	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
DECITABINE SOLR	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
DEPO-PROVERA	Nivel 1 & QL 10/28 days	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
DESCOVY TABS	Nivel 1 & QL 30	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
DESIPRAMINE HCL TABS	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
DESLORATADINE ODT 2.5MG, 5MG	No en el formulario	desloratadine tabs 5mg	Nivel 1	1º de Enero del 2018
DESVENLAFAXINE ER TB24	Nivel 1 & ST & QL	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
DEXMETHYLPHENIDATE HCL ER CP24	Nivel 1 & PA & QL 30	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
DEXMETHYLPHENIDATE HCL TABS	Nivel 1 & PA & QL 60	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
DEXTROAMPHETAMINE SULFATE TABS	Nivel 1 & PA & QL	N/A	N/A	1º de Enero del 2018

410 N. 44th Street, Suite 510, Phoenix, AZ 85008
 Toll-Free: 800-656-8991 | TTY 711 | HealthChoiceGenerations.com
 Customer Service Hours: 8 a.m. – 8 p.m., 7 days a week





Adiciones y eliminaciones del formulario de medicamentos hasta la fecha en 2018

Revised 1º de Enero del 2018

Nombre del Medicamento	Descripción del cambio	Medicamento Alternativo*	Nivel de medicamento o alternativo	Fecha de entrada en vigencia
DICLOFENAC SODIUM GEL	Nivel 1 & QL 1000	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
DICLOFENAC SODIUM SOLN	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
DICYCLOMINE HCL SOLN	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
DIHYDROERGOTAMINE MESYLATE SOLN	Nivel 1 & QL 8	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
DIPHENOXYLATE/ATROPINE LIQD	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
DIPHENOXYLATE/ATROPINE TABS	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
DOXEPIN HCL CAPS	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
DOXEPIN HCL CONC	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
DULOXETINE HCL CAPS	Nivel 1 & QL	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
ELAPRASE SOLN	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
ELIGARD	Nivel 1 & PA & QL	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
ELIQUIS TABS	Nivel 1 & QL	N/A	N/A	1º de Enero del 2018





Adiciones y eliminaciones del formulario de medicamentos hasta la fecha en 2018

Revised 1º de Enero del 2018

Nombre del Medicamento	Descripción del cambio	Medicamento Alternativo*	Nivel de medicamento o alternativo	Fecha de entrada en vigencia
EMEND IV SOL 150MG	No en el formulario	ALOXI INJ 0.25MG/5ML , granisetron inj, ondansetron inj	Nivel 1 & QL (QL para ondansetron solamente)	1º de Enero del 2018
EMEND SUSR	Nivel 1 & BvD & QL 6	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
EMSAM PT24	Nivel 1 & ST & QL 30	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
EMVERM	No en el formulario	Albenza, Biltricide, ivermectin	Nivel 1	1º de Enero del 2018
ENBREL	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
ENTECAVIR TABS	Nivel 1 & QL 30	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
ERBITUX SOLN	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
ERIVEDGE CAPS	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
ESTAZOLAM TABS	Nivel 1 & PA & QL 30	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
EVOTAZ TABS	Nivel 1 & QL 30	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
EXJADE	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
FABRAZYME SOLR	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018

410 N. 44th Street, Suite 510, Phoenix, AZ 85008
 Toll-Free: 800-656-8991 | TTY 711 | HealthChoiceGenerations.com
 Customer Service Hours: 8 a.m. – 8 p.m., 7 days a week





Adiciones y eliminaciones del formulario de medicamentos hasta la fecha en 2018

Revised 1º de Enero del 2018

Nombre del Medicamento	Descripción del cambio	Medicamento Alternativo*	Nivel de medicamento o alternativo	Fecha de entrada en vigencia
FANAPT TABS	Nivel 1 & ST & QL 60	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
FANAPT TITRATION PACK	Nivel 1 & QL 8/180	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
FERRIPROX SOLN	Tier1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
FERRIPROX TABS	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
FETZIMA CP24	Nivel 1 & QL 30	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
FETZIMA TITRATION PACK	Nivel 1 & QL 56/365 days	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
FIRMAGON SOLR	Nivel 1 & QL	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
FLEBOGAMMA DIF SOLN	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
FLECTOR	No en el formulario	diclofenac 1% gel	Nivel 1 & QL 1000 gm	1º de Enero del 2018
FLOVENT DISKUS	Nivel 1 & QL	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
FLOVENT HFA	Nivel 1 & QL	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
FLUNISOLIDE SOLN	Nivel 1 & QL 50	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
FLURAZEPAM HCL	No en el formulario	estazolam, temazepam	Nivel 1 & QL 30	1º de Enero del 2018

410 N. 44th Street, Suite 510, Phoenix, AZ 85008
 Toll-Free: 800-656-8991 | TTY 711 | HealthChoiceGenerations.com
 Customer Service Hours: 8 a.m. – 8 p.m., 7 days a week





Adiciones y eliminaciones del formulario de medicamentos hasta la fecha en 2018

Revised 1º de Enero del 2018

Nombre del Medicamento	Descripción del cambio	Medicamento Alternativo*	Nivel de medicamento o alternativo	Fecha de entrada en vigencia
FLUTICASONE PROPIONATE/SALMETEROL	No en el formulario	Advair Diskus, Advair HFA, Dulera, Symbicort	Nivel 1 & QL	1º de Enero del 2018
FOLOTYN SOLN	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
FONDAPARINUX SODIUM SOLN	Nivel 1 & QL	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
FORFIVO XL	No en el formulario	Aplenzin; bupropion ER, SR, XL	Nivel 1 & QL para todos & ST (para Aplenzin solamenta)	1º de Enero del 2018
FORTEO SOLN	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
FOSAMAX PLUS D	Nivel 1 & ST	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
FRAGMIN SOLN	Nivel 1 & QL	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
FROVATRIPTAN SUCCINATE TABS	Nivel 1 & QL 12	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
FUSILEV IV SOL 50MG	No en el formulario	levoleucovorin inj 50mg	Nivel 1	1º de Enero del 2018
FUZEON SOLR	Nivel 1 & QL 60	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
GENVOYA TABS	Nivel 1 & QL 30	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
GEODON SOLR	Nivel 1 & QL 60	N/A	N/A	1º de Enero del 2018

410 N. 44th Street, Suite 510, Phoenix, AZ 85008
 Toll-Free: 800-656-8991 | TTY 711 | HealthChoiceGenerations.com
 Customer Service Hours: 8 a.m. – 8 p.m., 7 days a week





Adiciones y eliminaciones del formulario de medicamentos hasta la fecha en 2018

Revised 1º de Enero del 2018

Nombre del Medicamento	Descripción del cambio	Medicamento Alternativo*	Nivel de medicamento o alternativo	Fecha de entrada en vigencia
GILENYA CAPS	Nivel 1 & QL 30	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
GILOTRIF TABS	Nivel 1 & QL 30	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
GLIPIZIDE ER TABS	Nivel 1 & QL	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
GLIPIZIDE/METFORMIN HCL TABS	Nivel 1 & QL	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
GLYBURIDE MICRONIZED TABS	Nivel 1 & QL	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
GLYBURIDE TABS	Nivel 1 & QL	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
HALAVEN SOLN	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
HEPARIN SODIUM/D5W 5% 100U/ML; 5% 50U/ML	No en el formulario	heparin sodium/D5W 5% 40U/ML	Nivel 1	1º de Enero del 2018
HETLIOZ CAPS	Nivel 1 & QL 30	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
HUMIRA	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
HYDROCORTISONE OINT 1%	No en el formulario	hydrocortisone cream 1%, hydrocortisone oint 2.5%	Nivel 1	1º de Enero del 2018
HYDROXYZINE HCL SOLN	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
HYDROXYZINE HCL SYRP	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018

410 N. 44th Street, Suite 510, Phoenix, AZ 85008
 Toll-Free: 800-656-8991 | TTY 711 | HealthChoiceGenerations.com
 Customer Service Hours: 8 a.m. – 8 p.m., 7 days a week





Adiciones y eliminaciones del formulario de medicamentos hasta la fecha en 2018

Revised 1º de Enero del 2018

Nombre del Medicamento	Descripción del cambio	Medicamento Alternativo*	Nivel de medicamento o alternativo	Fecha de entrada en vigencia
HYDROXYZINE PAMOATE CAPS	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
HYPERRAB S/D INJ	Nivel 1 & BvsD	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
HYSINGLA ER	No en el formulario	buprenorphine patch, Butrans patch, Embeda, fentanyl patch, hydromphone ER, methadone, morphine ER tab/cap, oxymorphone ER tab, tramadol ER tab	Nivel 1 & QL (para buprenorphine y Butrans patches solamente)	1º de Enero del 2018
ILARIS SOLR	Nivel 1 & QL 2/28 days	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
ILEVRO SUSP	Nivel 1 & QL 6	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
IMIPRAMINE HCL TABS	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
IMIPRAMINE PAMOATE CAPS	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.)	Nivel 1 & BvD	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
INCRELEX SOLN	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
INLYTA TABS	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
INTRON A	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018

410 N. 44th Street, Suite 510, Phoenix, AZ 85008
 Toll-Free: 800-656-8991 | TTY 711 | HealthChoiceGenerations.com
 Customer Service Hours: 8 a.m. – 8 p.m., 7 days a week





Adiciones y eliminaciones del formulario de medicamentos hasta la fecha en 2018

Revised 1º de Enero del 2018

Nombre del Medicamento	Descripción del cambio	Medicamento Alternativo*	Nivel de medicamento o alternativo	Fecha de entrada en vigencia
INVOKAMET TABS	Nivel 1 & QL 60	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
INVOKAMET XR TB24	Nivel 1 & QL 60	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
INVOKANA TABS	Nivel 1 & QL	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
ISTODAX (OVERFILL) SOLR	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
ITRACONAZOLE CAPS	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
JAKAFI TABS	Nivel 1 & QL 60	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
JANUVIA TABS	Nivel 1 & ST	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
JUXTAPID CAPS	Nivel 1 & QL 30	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
KADCYLA SOLR	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
KETOROLAC TROMETHAMINE TABS	Nivel 1 & QL 20	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
KISQALI TABS	Nivel 1 & QL 63/28days	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
KISQALI/FEMARA PACK	Nivel 1 & QL 91/28days	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
KORLYM TABS	Nivel 1 & QL 120	N/A	N/A	1º de Enero del 2018

410 N. 44th Street, Suite 510, Phoenix, AZ 85008
 Toll-Free: 800-656-8991 | TTY 711 | HealthChoiceGenerations.com
 Customer Service Hours: 8 a.m. – 8 p.m., 7 days a week





Adiciones y eliminaciones del formulario de medicamentos hasta la fecha en 2018

Revised 1º de Enero del 2018

Nombre del Medicamento	Descripción del cambio	Medicamento Alternativo*	Nivel de medicamento o alternativo	Fecha de entrada en vigencia
KUVAN	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
LAMICTAL XR	No en el formulario	LAMOTRIGINE STARTER KIT	Nivel 1	1º de Enero del 2018
LATANOPROST SOLN	Nivel 1 & QL 2.5/25 days	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
LATUDA TABS	Nivel 1 & QL	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
LENVIMA	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
LEUKINE SOLR	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
LEVALBUTEROL NEBU	Nivel 1 & BvD & QL	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
LEVOTHYROXINE IV SOL 100MG	No en el formulario	ninguna alternativa al formulario	N/A	1º de Enero del 2018
LIDOCAINE/PRILOCAINE CREA	Nivel 1 & QL 30	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
LINZESS CAPS	Nivel 1 & QL 30	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
LITHOSTAT	No en el formulario	acetic acid 0.25% soln 0.25%	Nivel 1	1º de Enero del 2018
LIVALO TABS	Nivel 1 & ST	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
LORAZEPAM INJ	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018

410 N. 44th Street, Suite 510, Phoenix, AZ 85008
 Toll-Free: 800-656-8991 | TTY 711 | HealthChoiceGenerations.com
 Customer Service Hours: 8 a.m. – 8 p.m., 7 days a week





Adiciones y eliminaciones del formulario de medicamentos hasta la fecha en 2018

Revised 1º de Enero del 2018

Nombre del Medicamento	Descripción del cambio	Medicamento Alternativo*	Nivel de medicamento o alternativo	Fecha de entrada en vigencia
LORAZEPAM INTENSOL	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
LORAZEPAM TABS	Nivel 1 & PA & QL	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
LOTEMAX GEL	Nivel 1 & QL 20/365 days	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
LOTEMAX OINT	Nivel 1 & QL 14/365 days	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
LUMIZYME SOLR	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
LUPRON DEPOT (1-MONTH)	Nivel 1 & PA & QL 1/28 days	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
LUPRON DEPOT (3-MONTH)	Nivel 1 & PA & QL 1/84 days	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
LUPRON DEPOT (4-MONTH)	Nivel 1 & PA & QL 1/112 days	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
LUPRON DEPOT (6-MONTH)	Nivel 1 & PA & QL 1/168 days	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
LYRICA CAPS	Nivel 1 & QL	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
MEKINIST TABS	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
MEPROBAMATE TAB	No en el formulario	alprazolam, chlordiazepoxide, diazepam, lorazepam, oxazepam	Nivel 1 & QL	1º de Enero del 2018

410 N. 44th Street, Suite 510, Phoenix, AZ 85008
 Toll-Free: 800-656-8991 | TTY 711 | HealthChoiceGenerations.com
 Customer Service Hours: 8 a.m. – 8 p.m., 7 days a week





Adiciones y eliminaciones del formulario de medicamentos hasta la fecha en 2018

Revised 1º de Enero del 2018

Nombre del Medicamento	Descripción del cambio	Medicamento Alternativo*	Nivel de medicamento o alternativo	Fecha de entrada en vigencia
MESALAMINE DR 800MG	No en el formulario	mesalamine DR 1.2GM	Nivel 1	1º de Enero del 2018
METHOCARBAMOL SOLN 1000MG/ML	No en el formulario	carisoprodol, chlorzoxazone 500mg, cyclobenzaprine, methocarbamol tab, orphenadrine ER	Nivel 1 & PA	1º de Enero del 2018
METHYLPHENIDATE HCL CD CAPS	Nivel 1 & PA & QL 30	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
METHYLPHENIDATE HCL CHEW	Nivel 1 & PA & QL	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
METHYLPHENIDATE HCL ER CAPS	Nivel 1 & PA & QL 30	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
METHYLPHENIDATE HCL ER TABS	Nivel 1 & PA & QL	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
METHYLPHENIDATE HCL TABS	Nivel 1 & PA & QL 90	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
METHYLPHENIDATE HYDROCHLORIDE SOLN	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
METHYLTESTOSTERONE CAPS	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
MIRCERA	No en el formulario	Aranesp	Nivel 1 & PA	1º de Enero del 2018
MIRVASO GEL	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
MITOXANTRONE HCL CONC	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018

410 N. 44th Street, Suite 510, Phoenix, AZ 85008
 Toll-Free: 800-656-8991 | TTY 711 | HealthChoiceGenerations.com
 Customer Service Hours: 8 a.m. – 8 p.m., 7 days a week





Adiciones y eliminaciones del formulario de medicamentos hasta la fecha en 2018

Revised 1º de Enero del 2018

Nombre del Medicamento	Descripción del cambio	Medicamento Alternativo*	Nivel de medicamento o alternativo	Fecha de entrada en vigencia
MODAFINIL TABS	Nivel 1 & PA & QL 30	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
MOMETASONE FUROATE SUSP	Nivel 1 & QL 34	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
MOZOBIL SOLN	Nivel 1 & PA & QL 38.4/365 days	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
MYORISAN CAPS	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
MYTESI 125MG	No en el formulario	octreotide, Sandostatin, Signifor, somatuline	Nivel 1 & PA	1º de Enero del 2018
NAGLAZYME SOLN	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
NAMZARIC	Nivel 1 & QL 30	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
NATPARA	Nivel 1 & PA & QL 2/28 days	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
NEUPOGEN SOLN	Nivel 1 & ST	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
NEUPRO PTCH	Nivel 1 & ST	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
NEXAVAR TABS	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
NICOTROL INHALER	Nivel 1 & QL 2688/365 days	N/A	N/A	1º de Enero del 2018

410 N. 44th Street, Suite 510, Phoenix, AZ 85008
 Toll-Free: 800-656-8991 | TTY 711 | HealthChoiceGenerations.com
 Customer Service Hours: 8 a.m. – 8 p.m., 7 days a week





Adiciones y eliminaciones del formulario de medicamentos hasta la fecha en 2018

Revised 1º de Enero del 2018

Nombre del Medicamento	Descripción del cambio	Medicamento Alternativo*	Nivel de medicamento o alternativo	Fecha de entrada en vigencia
NITROFURANTOIN MACROCRYSTALS CAPS	Nivel 1 & QL	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
NITROFURANTOIN MONOHYDRATE/MACROCRYSTALS CAPS	Nivel 1 & QL	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
NORETHINDRONE ACETATE/ETHINYL ESTRADIOL TABS	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
NORGESTIMATE/ETHINYL ESTRADIOL 35MCG; 0.25MG	No en el formulario	estarylla tabs 35mcg, 0.25mg; femynor tabs 35mcg, 0.25mg; mono-lynh tabs 35mcg, 0.25mg; mononessa tabs 35mcg, 0.25mg; sprintec 28 tabs 35mcg, 0.25mg	Nivel 1	1º de Enero del 2018
NORTRIPTYLINE HCL CAPS	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
NORTRIPTYLINE HCL SOLN	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
NUCALA SOLR	Nivel 1 & PA & QL 1/28 days	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
NULOJIX SOLR	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
NUPLAZID TABS	Nivel 1 & PA & QL 60	N/A	N/A	1º de Enero del 2018





Adiciones y eliminaciones del formulario de medicamentos hasta la fecha en 2018

Revised 1º de Enero del 2018

Nombre del Medicamento	Descripción del cambio	Medicamento Alternativo*	Nivel de medicamento o alternativo	Fecha de entrada en vigencia
ODEFSEY TABS	Nivel 1 & QL 30	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
OFEV CAPS	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
OLANZAPINE/FLUOXETINE CAPS	Nivel 1 & QL	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
OLMESARTAN MEDOXOMIL/AMLODIPINE/HYDROCHLOROTHIAZIDE	No en el formulario	olmesartan/hydrochlorothiazide y amlodipine por separado	Nivel 1	1º de Enero del 2018
ONDANSETRON HCL ODT	Nivel 1 & BvD	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
ONDANSETRON HCL SOLN	Nivel 1 & BvD & QL 450	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
ONDANSETRON HCL TABS	Nivel 1 & BvD	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
OPANA ER (CRUSH RESISTANT)	No en el formulario	buprenorphine patch, Butrans patch, Embeda, fentanyl patch, hydromorphone ER, methadone, morphine ER tab/cap, oxycodone ER tab, tramadol ER tab	Nivel 1 & QL (for buprenorphine and Butrans patches only)	1º de Enero del 2018
OPSUMIT TABS	Nivel 1 & PA & QL 30	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
ORAVIG	No en el formulario	clotrimazole lozg 10mg	Nivel 1	1º de Enero del 2018

410 N. 44th Street, Suite 510, Phoenix, AZ 85008
 Toll-Free: 800-656-8991 | TTY 711 | HealthChoiceGenerations.com
 Customer Service Hours: 8 a.m. – 8 p.m., 7 days a week





Adiciones y eliminaciones del formulario de medicamentos hasta la fecha en 2018

Revised 1º de Enero del 2018

Nombre del Medicamento	Descripción del cambio	Medicamento Alternativo*	Nivel de medicamento o alternativo	Fecha de entrada en vigencia
ORENCIA	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
ORENCIA CLICKJET	Nivel 1 & PA & QL 4/28 days	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
ORKAMBI TABS	Nivel 1 & PA & QL 112/28 days	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
OSELTAMIVIR PHOSPHATE CAPS	Nivel 1 & QL	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
OXTELLAR XR	No en el formulario	oxcarbazepine tab	Nivel 1	1º de Enero del 2018
OXYCONTIN	No en el formulario	buprenorphine patch, Butrans patch, Embeda, fentanyl patch, hydromophone ER, methadone, morphine ER tab/cap, oxymorphone ER tab, tramadol ER tab	Nivel 1 & QL (para buprenorphine y Butrans patches solamente)	1º de Enero del 2018
PACERONE 100MG, 400MG	No en el formulario	amiodarone 100mg, 400mg	Nivel 1	1º de Enero del 2018
PALIPERIDONE ER TB24	Nivel 1 & QL	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
PAROXETINE HCL ER TB24	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
PAROXETINE HCL TAB	Nivel 1 & PA			1º de Enero del 2018





Adiciones y eliminaciones del formulario de medicamentos hasta la fecha en 2018

Revised 1º de Enero del 2018

Nombre del Medicamento	Descripción del cambio	Medicamento Alternativo*	Nivel de medicamento o alternativo	Fecha de entrada en vigencia
PATADAY	No en el formulario	olopatadine hydrochloride soln 0.2%	Nivel 1	1º de Enero del 2018
PAXIL SUSP	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
PEGASYS	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
PEGINTRON	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
PEG-PREP	No en el formulario	Gavilyte-C, Gavilyte-G, Gavilyte-H, Gavilyte-N/flavor pack, Moviprep, PEG-3350, Suprep, Trilyte	Nivel 1	1º de Enero del 2018
PERJETA SOLN	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
PERPHENAZINE/AMITRIPTYLINE TABS	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
PEXEVA TABS	Nivel 1 & PA & QL	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
PIOGLITAZONE HCL/METFORMIN HCL TABS	Nivel 1 & QL 90	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
PIOGLITAZONE HCL-GLIMEPIRIDE TABS	Nivel 1 & QL 45	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
PRADAXA CAPS	Nivel 1 & QL 60	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
PREDNISOLONE SODIUM PHOSPHATE ODT	No en el formulario	prednisolone soln 15mg/5ml	Nivel 1	1º de Enero del 2018

410 N. 44th Street, Suite 510, Phoenix, AZ 85008
Toll-Free: 800-656-8991 | TTY 711 | HealthChoiceGenerations.com
Customer Service Hours: 8 a.m. – 8 p.m., 7 days a week





Adiciones y eliminaciones del formulario de medicamentos hasta la fecha en 2018

Revised 1º de Enero del 2018

Nombre del Medicamento	Descripción del cambio	Medicamento Alternativo*	Nivel de medicamento o alternativo	Fecha de entrada en vigencia
PREPOPIK	No en el formulario	Gavilyte-C, Gavilyte-G, Gavilyte-H, Gavilyte-N/flavor pack, Moviprep, PEG-3350, Suprep, Trilyte	Nivel 1	1º de Enero del 2018
PREZCOBIX TABS	Nivel 1 & QL 30	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
PRIVIGEN SOLN	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
PROCIT SOLN	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
PROLASTIN-C SOLR	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
PROLIA SOLN	Nivel 1 & QL 2/365 days	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
PROMACTA TABS	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
PROPANTHELINE BROMIDE TABS	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
PULMICORT FLEXHALER	No en el formulario	Aerospan, Asmanex HFA, Asmanex Twisthaler, Flovent Diskus, Flovent HFA, QVAR	Nivel 1 & QL	1º de Enero del 2018
PULMOZYME SOLN	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
QUETIAPINE FUMARATE ER TB24	Nivel 1 & QL	N/A	N/A	1º de Enero del 2018

410 N. 44th Street, Suite 510, Phoenix, AZ 85008
 Toll-Free: 800-656-8991 | TTY 711 | HealthChoiceGenerations.com
 Customer Service Hours: 8 a.m. – 8 p.m., 7 days a week





Adiciones y eliminaciones del formulario de medicamentos hasta la fecha en 2018

Revised 1º de Enero del 2018

Nombre del Medicamento	Descripción del cambio	Medicamento Alternativo*	Nivel de medicamento o alternativo	Fecha de entrada en vigencia
RAVICTI LIQD	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
RELENZA DISKHALER	Nivel 1 & QL 240/365 days	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
RELISTOR SOLN	Nivel 1 & PA & QL	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
RELISTOR TABS	Nivel 1 & PA & QL 90	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
RELPAK	No en el formulario	almotriptan, frovastiptan, naratriptan, rizatriptan, sumatriptan, zolmitriptan	Nivel 1 & QL	1º de Enero del 2018
REPAGLINIDE/METFORMIN HYDROCHLORIDE TABS	Nivel 1 & QL 150	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
REPATHA	Nivel 1 & PA & QL 3/28 days	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
REVLIMID CAPS	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
REXULTI TABS	Nivel 1 & QL 30	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
RIOMET SOLN	Nivel 1 & QL 765/30 days	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
RISEDRONATE SODIUM DR TABS	Nivel 1 & QL 4/28 days	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
RISEDRONATE SODIUM TABS	Nivel 1 & QL	N/A	N/A	1º de Enero del 2018

410 N. 44th Street, Suite 510, Phoenix, AZ 85008
 Toll-Free: 800-656-8991 | TTY 711 | HealthChoiceGenerations.com
 Customer Service Hours: 8 a.m. – 8 p.m., 7 days a week





Adiciones y eliminaciones del formulario de medicamentos hasta la fecha en 2018

Revised 1º de Enero del 2018

Nombre del Medicamento	Descripción del cambio	Medicamento Alternativo*	Nivel de medicamento o alternativo	Fecha de entrada en vigencia
RISPERIDONE ODT	Nivel 1 & QL 60	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
RITUXAN SOLN	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
RUBRACA TABS	Nivel 1 & PA & QL 120	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
SABRIL	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
SAMSCA TABS	Nivel 1 & QL	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
SANCUSO PTCH	Nivel 1 & QL 2	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
SANDIMMUNE CAP 25MG, 100MG	No en el formulario	cyclosporine, Gengraf	Nivel 1 & BvD	1º de Enero del 2018
SAPHRIS SUBL	Nivel 1 & QL 60	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
SAVELLA TABS	Nivel 1 & QL 60	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
SAVELLA TITRATION PACK	Nivel 1 & QL 110/365 days	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
SEREVENT DISKUS	Nivel 1 & QL 60	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
SIGNIFOR SOLN	Nivel 1 & PA & QL 60	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
SILDENAFIL SOLN	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018

410 N. 44th Street, Suite 510, Phoenix, AZ 85008
 Toll-Free: 800-656-8991 | TTY 711 | HealthChoiceGenerations.com
 Customer Service Hours: 8 a.m. – 8 p.m., 7 days a week





Adiciones y eliminaciones del formulario de medicamentos hasta la fecha en 2018

Revised 1º de Enero del 2018

Nombre del Medicamento	Descripción del cambio	Medicamento Alternativo*	Nivel de medicamento o alternativo	Fecha de entrada en vigencia
SIMPONI	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
SOMATULINE DEPOT SOLN	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
SPIRIVA RESPIMAT	Nivel 1 & QL 4	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
SPRYCEL TABS	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
STELARA	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
STIOLTO RESPIMAT	Nivel 1 & QL 4	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
STRATTERA	No en el formulario	atomoxetine	Nivel 1 & QL	1º de Enero del 2018
STRIBILD TABS	Nivel 1 & QL 30	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
SUBOXONE FILM	Nivel 1 & QL	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
SULFACETAMIDE SODIUM SUSP 10%	No en el formulario	sulfacetamide sodium/prednisolone sodium phosphate soln 0.23%; 10%	Nivel 1	1º de Enero del 2018
SUMATRIPTAN SUCCINATE SOLN	Nivel 1 & QL 12	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
SUTENT CAPS	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018

410 N. 44th Street, Suite 510, Phoenix, AZ 85008
 Toll-Free: 800-656-8991 | TTY 711 | HealthChoiceGenerations.com
 Customer Service Hours: 8 a.m. – 8 p.m., 7 days a week





Adiciones y eliminaciones del formulario de medicamentos hasta la fecha en 2018

Revised 1º de Enero del 2018

Nombre del Medicamento	Descripción del cambio	Medicamento Alternativo*	Nivel de medicamento o alternativo	Fecha de entrada en vigencia
SYLATRON	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
SYMLINPEN	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
SYNRIBO SOLR	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
TAFINLAR CAPS	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
TAGRISO TABS	Nivel 1 & PA & QL 30	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
TAMIFLU SUSP	Nivel 1 & QL 720/365 days	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
TARCEVA TABS	Nivel 1 & PA & QL	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
TARGRETIN GEL	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
TASIGNA CAPS	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
TECENTRIQ SOLN	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
TECFIDERA CAPS	Nivel 1 & PA & QL 60	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
TECFIDERA STARTER PACK	Nivel 1 & PA & QL 120/365 days	N/A	N/A	1º de Enero del 2018

410 N. 44th Street, Suite 510, Phoenix, AZ 85008
 Toll-Free: 800-656-8991 | TTY 711 | HealthChoiceGenerations.com
 Customer Service Hours: 8 a.m. – 8 p.m., 7 days a week





Adiciones y eliminaciones del formulario de medicamentos hasta la fecha en 2018

Revised 1º de Enero del 2018

Nombre del Medicamento	Descripción del cambio	Medicamento Alternativo*	Nivel de medicamento o alternativo	Fecha de entrada en vigencia
TEMAZEPAM CAPS	Nivel 1 & PA & QL 30	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
TENCON TABS	Nivel 1 & PA & QL 360	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
TERBINAFINE HCL TABS	Nivel 1 & QL 84/180 days	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
TESTOSTERONE CYPIONATE SOLN	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
TESTOSTERONE ENANTHATE SOLN	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
THIORIDAZINE HCL TABS	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
TOBI PODHALER	Nivel 1 & QL 224/56 days	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
TOBRADEX SUSP 0.1%, 0.3%	No en el formulario	tobramycin/dexamethasone susp 0.1%; 0.3%	Nivel 1	1º de Enero del 2018
TOLAK CREAM 4%	No en el formulario	fluorouracil soln 2%, fluorouracil crea 5%, fluorouracil soln 5%	Nivel 1	1º de Enero del 2018
TOLAZAMIDE TABS	Nivel 1 & QL	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
TRACLEER	No en el formulario	Adcirca, Adempas, Letairis, Opsumit, orenitram, sildenafil, Upravi	Nivel 1 & PA & QL	1º de Enero del 2018
TRAMADOL HCL ER CP24	No en el formulario	tramadol ER tab 24	Nivel 1	1º de Enero del 2018

410 N. 44th Street, Suite 510, Phoenix, AZ 85008
Toll-Free: 800-656-8991 | TTY 711 | HealthChoiceGenerations.com
Customer Service Hours: 8 a.m. – 8 p.m., 7 days a week





Adiciones y eliminaciones del formulario de medicamentos hasta la fecha en 2018

Revised 1º de Enero del 2018

Nombre del Medicamento	Descripción del cambio	Medicamento Alternativo*	Nivel de medicamento o alternativo	Fecha de entrada en vigencia
TRESIBA FLEXTOUCH	No en el formulario	Lantus vial, Lantus Solostar, Levemir vial, Levemir Flextouch, Toujeo	Nivel 1	1º de Enero del 2018
TRETINOIN GEL	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
TRIAZOLAM TAB	No en el formulario	estazolam, temazepam	Nivel 1 & QL 30	1º de Enero del 2018
TRIMIPRAMINE MALEATE CAPS	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
TRINTELLIX TABS	Nivel 1 & QL 30	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
TRIUMEQ TABS	Nivel 1 & QL 30	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
TROKENDI XR CP24	No en el formulario	topiramate ER cap 24	Nivel 1	1º de Enero del 2018
TRUVADA TABS	Nivel 1 & QL 30	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
TYGACIL SOLR 50MG	No en el formulario	tigecycline inj 50mg	Nivel 1	1º de Enero del 2018
TYSABRI CONC	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
ULORIC TABS	Nivel 1 & ST	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
UPTRAVI TABS	Nivel 1 & PA & QL 60	N/A	N/A	1º de Enero del 2018





Adiciones y eliminaciones del formulario de medicamentos hasta la fecha en 2018

Revised 1º de Enero del 2018

Nombre del Medicamento	Descripción del cambio	Medicamento Alternativo*	Nivel de medicamento o alternativo	Fecha de entrada en vigencia
URSODIOL CAP 300MG	No en el formulario	ursodiol tabs 250mg, 500mg	Nivel 1	1º de Enero del 2018
VALCHLOR GEL	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
VALPROATE SODIUM SOLN 500MG/5ML	No en el formulario	valproic acid soln 250mg/5ml	Nivel 1	1º de Enero del 2018
VELCADE SOLR	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
VENTAVIS SOLN	Nivel 1 & PA & QL 270	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
VENTOLIN HFA	No en el formulario	Proair HFA, Proair Respiclick	Nivel 1	1º de Enero del 2018
VERSACLOZ SUSP	Nivel 1 & QL 540	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
VICTOZA	Nivel 1 & ST & QL 9	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
VIIBRYD STARTER PACK	Nivel 1 & QL 60/365 days	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
VIIBRYD TABS	Nivel 1 & QL 30	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
VRAYLAR CAPS	Nivel 1 & ST & QL 30	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
XARELTO STARTER PACK	Nivel 1 & QL 102/365 days	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
XELJANZ TABS	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018

410 N. 44th Street, Suite 510, Phoenix, AZ 85008
Toll-Free: 800-656-8991 | TTY 711 | HealthChoiceGenerations.com
Customer Service Hours: 8 a.m. – 8 p.m., 7 days a week





Adiciones y eliminaciones del formulario de medicamentos hasta la fecha en 2018

Revised 1º de Enero del 2018

Nombre del Medicamento	Descripción del cambio	Medicamento Alternativo*	Nivel de medicamento o alternativo	Fecha de entrada en vigencia
XGEVA SOLN	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
XOLAIR SOLR	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
XTANDI CAPS	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
XYREM SOLN	Nivel 1 & PA & QL 540	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
YERVOY SOLN	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
ZALTRAP SOLN	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
ZARXIO	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
ZAVESCA CAPS	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
ZEBUTAL CAPS	Nivel 1 & PA & QL 360	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
ZEJULA CAPS	Nivel 1 & PA & 90	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
ZETIA 10MG	No en el formulario	ezetimibe 10mg	Nivel 1	1º de Enero del 2018
ZILEUTON ER TB12	Nivel 1 & ST	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
ZIPRASIDONE HCL CAPS	Nivel 1 & QL 60	N/A	N/A	1º de Enero del 2018

410 N. 44th Street, Suite 510, Phoenix, AZ 85008
 Toll-Free: 800-656-8991 | TTY 711 | HealthChoiceGenerations.com
 Customer Service Hours: 8 a.m. – 8 p.m., 7 days a week





Adiciones y eliminaciones del formulario de medicamentos hasta la fecha en 2018

Revised 1º de Enero del 2018

Nombre del Medicamento	Descripción del cambio	Medicamento Alternativo*	Nivel de medicamento o alternativo	Fecha de entrada en vigencia
ZOLINZA CAPS	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
ZOLPIDEM TARTRATE TABS	Nivel 1 & PA & QL 30	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
ZOMETA SOLN 4MG/100ML	No en el formulario	zoledronic acid inj 4mg, zoledronic acid inj 5mg/100ml	Nivel 1	1º de Enero del 2018
ZORTRESS TABS	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
ZYDELIG TABS	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
ZYFLO TABS	Nivel 1 & ST	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
ZYKADIA CAPS	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018
ZYTIGA TABS	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Enero del 2018

410 N. 44th Street, Suite 510, Phoenix, AZ 85008
 Toll-Free: 800-656-8991 | TTY 711 | HealthChoiceGenerations.com
 Customer Service Hours: 8 a.m. – 8 p.m., 7 days a week

