



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

Revised 1º de Juno 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 Juno 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 alternativo	Fecha de entrada en vigencia
ABILIFY MAINTENA SRER 400MG	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
ALUNBRIG TABS 180MG	Nivel 1 & QL 30/30 & PA	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
ALUNBRIG TABS 90MG	Nivel 1 & QL 30/30 & PA	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
ALUNBRIG TBPk	Nivel 1 & QL 30/365 & PA	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
ALUNBRIG TBPk	Nivel 1 & PA & QL 60/365	N/A	N/A	1º de Abril del 2018
amiodarone hydrochloride inj 450mg/9ml	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
amiodarone hydrochloride inj 900mg/18ml	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
BD INSULIN SYRINGE SAFETYGLIDE/U-100/1ML/31G X 15/64"	Nivel 1 & QL 200/30	N/A	N/A	1º de Juno del 2018





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

Revised 1º de Juno del 2018

Nombre del Medicamento	Descripción del cambio	Medicamento Alternativo*	Nivel de medicamento alternativo	Fecha de entrada en vigencia
BENZNIDAZOLE 100MG	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
BENZNIDAZOLE 12.5MG	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
BIKTARVY TABS 50MG; 200MG; 25MG	Nivel 1 & QL 30/30	N/A	N/A	1º de Abril del 2018
BOSULIF TABS 400MG	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
CIMDUO TABS 300MG; 300MG	Nivel 1 & QL 30/30	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
CINVANTI EMUL 130MG/18ML	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
CLINIMIX N14G30E 17.6GM/2000ML; 9.78GM/2000ML; 15%; 8.76GM/2000ML; 4.08GM/2000ML; 5.1GM/2000ML; 6.2GM/2000ML; 4.93GM/2000ML; 1.02GM/2000ML; 3.4GM/2000ML; 4.76GM/2000ML; 5.22GM/2000ML; 5.78GM/2000ML; 4.25GM/2000ML; 1.54GM/2000ML; 3.57GM/2000ML; 1.53GM/2000ML; 0.34GM/2000ML; 4.93GM/2000ML	Nivel 1 & BvD	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018





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

Revised 1º de Juno del 2018

Nombre del Medicamento	Descripción del cambio	Medicamento Alternativo*	Nivel de medicamento alternativo	Fecha de entrada en vigencia
CLINIMIX N9G15E 5MMOL/100ML; 570MG/100ML; 317MG/100ML; 0.23MMOL/100ML; 4MMOL/100ML; 7.5GM/100ML; 284MG/100ML; 132MG/100ML; 165MG/100ML; 201MG/100ML; 200MG/100ML; 0.25MMOL/100ML; 110MG/100ML; 460MG/100ML; 154MG/100ML; 1.5MMOL/100ML; 3MMOL/100ML; 187MG/100ML; 138MG/100ML; 3.5MMOL/100ML; 116MG/100ML; 50MG/100ML; 11MG/100ML; 160MG/100ML	Nivel 1 & BvD	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
CRYSVITA INJ 10MG/ML	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
CRYSVITA INJ 20MG/ML	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
CRYSVITA INJ 30MG/ML	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
dactinomycin solr 0.5mg	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
DALIRESP TABS 250MCG	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018
DIVIGEL GEL 0.25MG/0.25GM	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
doxycycline hyclate tabs 50mg	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
drospirenone/ethinyl estradiol/levomefolate calcium tabs 3mg; 0.03mg; 0.451mg	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018
EASY GLIDE PEN NEEDLES 33G X 5/32" MISC	Nivel 1 & QL 200/30	N/A	N/A	1º de Juno del 2018





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

Revised 1º de Juno del 2018

Nombre del Medicamento	Descripción del cambio	Medicamento Alternativo*	Nivel de medicamento alternativo	Fecha de entrada en vigencia
efavirenz caps 600mg	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
ELIQUIS STARTER PACK TABS 5MG	Nivel 1 & QL 148/365	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
EPINEPHRINE INJ 0.3MG/0.3ML (Impax generic)	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
EPIPEN 2-PAK INJ 0.3MG/0.3ML	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
EPIPEN-JR 2-PAK INJ 0.15MG/0.3ML	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
ERLEADA TABS 60MG	Nivel 1 & PA & QL 120/30	N/A	N/A	1º de Abril del 2018
ESMOLOL HYDROCHLORIDE IN WATER DOUBLE STRENGTH SOLN 2000MG/100ML	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Abril del 2018
ESMOLOL HYDROCHLORIDE IN WATER SOLN 2500MG/250ML	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Abril del 2018
ganciclovir inj 500mg/10ml	Nivel 1 & BvD	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
GEMCITABINE HYDROCHLORIDE INJ 1.5GM/15ML	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
GEMCITABINE HYDROCHLORIDE INJ 1GM/10ML	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018





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

Revised 1º de Juno del 2018

Nombre del Medicamento	Descripción del cambio	Medicamento Alternativo*	Nivel de medicamento alternativo	Fecha de entrada en vigencia
GEMCITABINE HYDROCHLORIDE INJ 200MG/2ML	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
GEMCITABINE HYDROCHLORIDE INJ 2GM/20ML	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
gemcitabine hydrochloride soln 1gm/26.3ml	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Abril del 2018
gemcitabine hydrochloride soln 200mg/5.26ml	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Abril del 2018
gemcitabine hydrochloride soln 2gm/52.6ml	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Abril del 2018
glatopa sosy 40mg/ml	Nivel 1 & PA & QL 12/28	N/A	N/A	1º de Abril del 2018
GLYXAMBI TABS 10MG; 5MG	Nivel 1 & QL 30/30 & ST	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
GLYXAMBI TABS 25MG; 5MG	Nivel 1 & QL 30/30 & ST	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
HEPLISAV-B SOLN 20MCG/0.5ML	Nivel 1 & BvD	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
HUMIRA 40MG/0.4ML PEN PSKT	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS DISEASE STARTER PACK 80MG/0.8ML PSKT	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Juno del 2018





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

Revised 1º de Juno del 2018

Nombre del Medicamento	Descripción del cambio	Medicamento Alternativo*	Nivel de medicamento alternativo	Fecha de entrada en vigencia
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS DISEASE STARTER PACK PSKT	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
HUMIRA PEN 10MG/0.1ML	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
HUMIRA PEN 20MG/0.2ML	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
HUMIRA PEN 40MG/0.4ML	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
hydrocortisone acetate/pramoxine cream 1%; 1%	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
hydrocortisone butyrate lotn 0.1%	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Abril del 2018
HYPERRAB INJ 1500UNIT/5ML	Nivel 1 & BvD	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
HYPERRAB INJ 300UNIT/ML	Nivel 1 & BvD	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
ibu tabs 600mg	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
ibu tabs 800mg	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
IMBRUVICA CAPS 70MG	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018
IMBRUVICA TABS 140MG	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018
IMBRUVICA TABS 280MG	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018





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

Revised 1º de Juno del 2018

Nombre del Medicamento	Descripción del cambio	Medicamento Alternativo*	Nivel de medicamento alternativo	Fecha de entrada en vigencia
IMBRUVICA TABS 420MG	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018
IMBRUVICA TABS 560MG	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018
INSULIN SYRINGE/NEEDLE 0.3ML/30G X 5/16"	Nivel 1 & QL 200/30	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
INSULIN SYRINGE/NEEDLE 0.3ML/31G X 5/16"	Nivel 1 & QL 200/30	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
INSULIN SYRINGE/NEEDLE 0.5ML/29G X 1/2"	Nivel 1 & QL 200/30	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
INSULIN SYRINGE/NEEDLE 0.5ML/30G X 5/16"	Nivel 1 & QL 200/30	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
INSULIN SYRINGE/NEEDLE 0.5ML/31G X 5/16"	Nivel 1 & QL 200/30	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
INSULIN SYRINGE/NEEDLE 1ML/29G X 1/2"	Nivel 1 & QL 200/30	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
INSULIN SYRINGE/NEEDLE 1ML/30G X 5/16	Nivel 1 & QL 200/30	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
INSULIN SYRINGE/NEEDLE 1ML/31G X 5/16"	Nivel 1 & QL 200/30	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
isotretinoin caps 10mg	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
isotretinoin caps 20mg	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018





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

Revised 1º de Juno del 2018

Nombre del Medicamento	Descripción del cambio	Medicamento Alternativo*	Nivel de medicamento alternativo	Fecha de entrada en vigencia
isotretinoin caps 30mg	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
isotretinoin caps 40mg	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
JYNARQUE TBPk 45/15	Nivel 1 & QL 56/28	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
JYNARQUE TBPk 60/30	Nivel 1 & QL 56/28	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
JYNARQUE TBPk 90/30	Nivel 1 & QL 56/28	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
kelnor 1/50 tabs 50mcg;1mg	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018
lansoprazole tbdp 15mg	Nivel 1 & QL 30/30	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018
lansoprazole tbdp 30mg	Nivel 1 & QL 30/30	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018
MAKENA SOAJ 275MG/1.1ML	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018
memantine hydrochloride er cp24 14mg	Nivel 1 & QL 30/30	N/A	N/A	1º de Abril del 2018
memantine hydrochloride er cp24 21mg	Nivel 1 & QL 30/30	N/A	N/A	1º de Abril del 2018
memantine hydrochloride er cp24 28mg	Nivel 1 & QL 30/30	N/A	N/A	1º de Abril del 2018





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

Revised 1º de Juno del 2018

Nombre del Medicamento	Descripción del cambio	Medicamento Alternativo*	Nivel de medicamento alternativo	Fecha de entrada en vigencia
memantine hydrochloride er cp24 7mg	Nivel 1 & QL 30/30	N/A	N/A	1º de Abril del 2018
MESALAMINE DR TBEC 800MG	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018
methylphenidate hydrochloride cp24 10mg	Nivel & PA & 180/30	N/A	N/A	1º de Abril del 2018
methylphenidate hydrochloride er cp24 10mg	Nivel 1 & PA & QL 180/30	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018
methylphenidate hydrochloride er tbc 72mg	Nivel 1 & QL 30/30 & PA	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
midazolam hydrochloride soln 2mg/2ml	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Abril del 2018
miglustat caps 100mg	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
minocycline hydrochloride tb24 115mg	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Abril del 2018
minocycline hydrochloride tb24 65mg	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Abril del 2018
moxifloxacin hydrochloride soln 0.5%	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Abril del 2018
mutamycin solr 20mg	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Abril del 2018
mutamycin solr 40mg	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Abril del 2018
mutamycin solr 5mg	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Abril del 2018





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

Revised 1º de Juno del 2018

Nombre del Medicamento	Descripción del cambio	Medicamento Alternativo*	Nivel de medicamento alternativo	Fecha de entrada en vigencia
nolix cre 0.05%	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
NUCALA SOLR 100MG	Nivel 1 & PA & QL 3/28	N/A	N/A	1º de Abril del 2018
nutrilyte conc 2.03meq/ml; 0.25meq/ml; 1.68meq/ml; 0.25meq/ml; 0.4meq/ml; 2.03meq/ml; 1.25meq	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018
okebo caps 75mg	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Abril del 2018
okebo caps 100mg	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
OPDIVO SOLN 240MG/24ML	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
PALONOSETRON HYDROCHLORIDE SOLN 0.25MG/2ML	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018
palonosetron hydrochloride soln 0.25MG/5ML	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018
polocaine soln 1%	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018
polocaine soln 2%	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018
polocaine-mpf soln 1%	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018
polocaine-mpf soln 1.5%	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018





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

Revised 1º de Juno del 2018

Nombre del Medicamento	Descripción del cambio	Medicamento Alternativo*	Nivel de medicamento alternativo	Fecha de entrada en vigencia
polocaine-mpf soln 2%	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018
praziquantel tabs 600mg	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
PREVYMIS SOLN 240MG/12ML	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
PREVYMIS SOLN 480MG/24ML	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
PREVYMIS TABS 240MG	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
PREVYMIS TABS 480MG	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
PRO COMFORT INSULIN SYRINGES/0.5ML/30G X 1/2"	Nivel 1 & QL 200/30	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018
PRO COMFORT INSULIN SYRINGES/0.5ML/30G X 5/16"	Nivel 1 & QL 200/30	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018
PRO COMFORT INSULIN SYRINGES/0.5ML/31G X 5/16"	Nivel 1 & QL 200/30	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018
PRO COMFORT INSULIN SYRINGES/1ML/30G X 1/2"	Nivel 1 & QL 200/30	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018
PRO COMFORT INSULIN SYRINGES/1ML/30G X 5/16"	Nivel 1 & QL 200/30	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018





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

Revised 1º de Juno del 2018

Nombre del Medicamento	Descripción del cambio	Medicamento Alternativo*	Nivel de medicamento alternativo	Fecha de entrada en vigencia
PRO COMFORT INSULIN SYRINGES/1ML/31G X 5/16"	Nivel 1 & QL 200/30	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018
PROLASTIN-C SOLN 1000MG/20ML	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018
QVAR REDHALER AERB 40MCG/ACT	Nivel 1 & QL 21.2GM/30	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
QVAR REDHALER AERB 80MCG/ACT	Nivel 1 & QL 21.2GM/30	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
ritonavir tabs 100mg	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018
romidepsin inj 10mg	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
roweepra xr tb24 500mg	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
roweepra xr tb24 750mg	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
sotalol hydrochloride tabs 120mg	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
sumatriptan/naproxen sodium tabs 500mg; 85mg	Nivel 1 & QL 9/30	N/A	N/A	1º de Abril del 2018
SYMDEKO TBPK 150MG; 100MG	Nivel 1 & PA & QL 56/28	N/A	N/A	1º de Abril del 2018





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

Revised 1º de Juno del 2018

Nombre del Medicamento	Descripción del cambio	Medicamento Alternativo*	Nivel de medicamento alternativo	Fecha de entrada en vigencia
SYMFI LO TABS 400MG; 300MG; 300MG	Nivel 1 & QL 30/30	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018
SYMFI TABS 600MG; 300MG; 300MG	Nivel 1 & QL 30/30	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
TAMIFLU CAPS 30MG	Nivel 1 & QL 112/365	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
TAMIFLU CAPS 45MG	Nivel 1 & QL 60/365	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
TAMIFLU CAPS 75MG	Nivel 1 & QL 110/365	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
TASIGNA CAPS 50MG	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018
tiagabine hydrochloride tabs 12mg	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018
tiagabine hydrochloride tabs 16mg	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018
timolol maleate soln 0.5%	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
tramadol hcl er tb24 100mg	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018





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

Revised 1º de Juno del 2018

Nombre del Medicamento	Descripción del cambio	Medicamento Alternativo*	Nivel de medicamento alternativo	Fecha de entrada en vigencia
tramadol hcl er tb24 200mg	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
tramadol hcl er tb24 300mg	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
TRESIBA FLEXTOUCH INJ 100UNIT/ML	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
TRESIBA FLEXTOUCH INJ 200UNIT/ML	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
triamcinolone acetone inj 40mg/ml	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
trientine hydrochloride caps 250mg	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Abril del 2018
TRISENOX SOLN 12MG/6ML	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
TROGARZO SOLN 200MG/1.33ML	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018
tydemy tabs 3mg; 0.03mg; 0.451mg	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018
VIDEX EC CPDR 125MG	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018
VIRAMUNE SUSP 50MG/5ML	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Juno del 2018





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

Revised 1º de Juno del 2018

Nombre del Medicamento	Descripción del cambio	Medicamento Alternativo*	Nivel de medicamento alternativo	Fecha de entrada en vigencia
VIVITROL SUSR 380MG	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
XTAMPZA ER C12A 13.5MG	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018
XTAMPZA ER C12A 18MG	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018
XTAMPZA ER C12A 27MG	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018
XTAMPZA ER C12A 36MG	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018
XTAMPZA ER C12A 9MG	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018
ZENPEP CPEP 105000UNIT; 25000UNIT; 79000UNIT	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Abril del 2018
ZENPEP CPEP 168000UNIT; 40000UNIT; 126000UNIT	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
ZENPEP CPEP 24000UNIT; 5000UNIT; 17000UNIT	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Abril del 2018
ZENPEP CPEP 42000UNIT; 10000UNIT; 32000UNIT	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Juno del 2018

