

Memorial Hermann Advantage HMO
Noviembre 2019

Adenda de Formulario

Cambios pudieron haber ocurrido desde la impresión de su Formulario Memorial Hermann Advantage HMO actual. Medicamentos que pudieron haber sido añadidos o eliminados del Formulario están listados abajo.

Por favor guarde éste con su copia del Formulario.

Éste no es un listado de todos los medicamentos del formulario cubiertos por el plan Parte D. Para una lista completa, por favor llame a Servicio al Cliente al HMO 844-860-6750 (usuarios TTY marquen 711), 24 horas al día, los siete (7) días a la semana o visite la página de Internet de Memorial Hermann Advantage en healthplan.memorialhermann.org/medicare.

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

Para poder utilizar su beneficio para medicamentos recetados, por lo general, debe recurrir a farmacias de la red. Los beneficios, el formulario, la red de farmacias o los copagos/coseguros pueden cambiar a partir del 1.º de enero de 2019, y periódicamente durante el año.

Memorial Hermann Advantage HMO es proporcionado por Hermann Memorial Health Plan Inc., una organización de Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en este plan depende de la renovación del contrato.

BvD – Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **NF** – No-Formulario; **PA** – Autorización Previa; **QL** – Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **ST** – Terapia Escalonada; **LA** – Acceso Limitado (Ésta prescripción pudiera estar disponible sólo en algunas farmacias).

CAMBIOS EN FORMULARIO 2019				
Nombre del Medicamento	Nivel Corriente de Medicamento	Nivel Nuevo de Medicamento	Razón de Cambio	Medicamento Alternativo, Nivel de Medicamento Alternativo

Formulario de identificación: 19563 Versión: 15
Última actualización: 02/10/2019
Fecha efectiva: 01/11/2019
Y0110_PH_SP_RXFormularyAdd_NM 01/10/2017

BvD – Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **NF** – No-Formulario; **PA** – Autorización Previa; **QL** – Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **ST** – Terapia Escalonada; **LA** – Acceso Limitado (Ésta prescripción pudiera estar disponible sólo en algunas farmacias).

CAMBIOS EN FORMULARIO 2019				
Nombre del Medicamento	Nivel Corriente de Medicamento	Nivel Nuevo de Medicamento	Razón de Cambio	Medicamento Alternativo, Nivel de Medicamento Alternativo
FECHA EFECTIVA 01/01/2019				
Auryxia TABLET 1 GM 210 MG(Fe) ORAL	4	4 + PA1	Actualización del formulario	N/A
BromSite SOLUTION 0.075 % OPHTHALMIC	NF	4	Mejorar Formulario	N/A
Cimduo Tablet 300-300 MG Oral	NF	5	Mejorar Formulario	N/A
Estropipate TABLET 1.5 MG ORAL	1	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Humira Pen-CD/UC/HS Starter Pen-Injector Kit 80 MG/0.8ML Subcutaneous	NF	5 + PA1	Mejorar Formulario	N/A
Humira Pen-Ps/UV Starter Pen-Injector Kit 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML Subcutaneous	NF	5 + PA1	Mejorar Formulario	N/A
Incassia Tablet 0.35 MG Oral	NF	1	Mejorar Formulario	N/A
Ketoprofen CAPSULE 75 MG Oral	2	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Trelegy Ellipta Aerosol Powder Breath Activated 100-62.5-25 MCG/INH Inhalation	NF	3 + ST1	Mejorar Formulario	N/A
Vectura TABLET 3-0.02 MG ORAL	2	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Xeljanz Tablet 10 MG Oral	NF	5 + PA1	Mejorar Formulario	N/A
Zenpep CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 15000 UNIT ORAL	3	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Zenpep Capsule Delayed Release Particles 15000-47000 UNIT Oral	NF	3	Mejorar Formulario	N/A
Zenpep CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 25000 UNIT ORAL	3	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A

Formulario de identificación: 19563 Versión: 15

Última actualización: 02/10/2019

Fecha efectiva: 01/11/2019

Y0110_PH_SP_RXFormularyAdd_NM 01/10/2017

BvD – Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **NF** – No-Formulario; **PA** – Autorización Previa; **QL** – Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **ST** – Terapia Escalonada; **LA** – Acceso Limitado (Ésta prescripción pudiera estar disponible sólo en algunas farmacias).

CAMBIOS EN FORMULARIO 2019				
Nombre del Medicamento	Nivel Corriente de Medicamento	Nivel Nuevo de Medicamento	Razón de Cambio	Medicamento Alternativo, Nivel de Medicamento Alternativo
Zenpep CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 3000-10000 UNIT ORAL	3	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Zenpep Capsule Delayed Release Particles 3000-14000 UNIT Oral	NF	3	Mejorar Formulario	N/A
Zenpep CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 5000 UNIT ORAL	3	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
FECHA EFECTIVA 01/02/2019				
Abiraterone Acetate Tablet 250 MG Oral	NF	5 + QL 120 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Adapalene Solution 0.1 % External	NF	4 + PA1	Mejorar Formulario	N/A
Afeditab CR Tablet Extended Release 24 Hour 60 MG Oral	1	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Ampyra Tablet Extended Release 12 Hour 10 MG Oral	5 + QL 60 + PA2 + LA	NF	Actualización del Formulario	dalfarnpridine 10mg, 5 + QL 60 + PA2
AndroGel GEL 20.25 MG/1.25GM (1.62%) TRANSDERMAL	3 + PA2	NF	Actualización del Formulario	testosterone 0.0162mg/mg, 3 + PA2
AndroGel GEL 40.5 MG/2.5GM (1.62%) TRANSDERMAL	3 + PA2	NF	Actualización del Formulario	testosterone 0.0162mg/mg, 3 + PA2
AndroGel Pump GEL 20.25 MG/ACT (1.62%) TRANSDERMAL	3 + PA2	NF	Actualización del Formulario	testosterone 20.25mg/actuat, 3 + PA2
Arikayce Suspension 590 MG/8.4ML Inhalation	NF	2 + PA1	Mejorar Formulario	N/A
Azelaic Acid Gel 15 % External	NF	4	Mejorar Formulario	N/A
Braftovi Capsule 50 MG Oral	NF	5 + PA2 + LA	Mejorar Formulario	N/A
Braftovi Capsule 75 MG Oral	NF	5 + PA2 + LA	Mejorar Formulario	N/A

Formulario de identificación: 19563 Versión: 15

Última actualización: 02/10/2019

Fecha efectiva: 01/11/2019

Y0110_PH_SP_RXFormularyAdd_NM 01/10/2017

BvD – Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **NF** – No-Formulario; **PA** – Autorización Previa; **QL** – Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **ST** – Terapia Escalonada; **LA** – Acceso Limitado (Ésta prescripción pudiera estar disponible sólo en algunas farmacias).

CAMBIOS EN FORMULARIO 2019				
Nombre del Medicamento	Nivel Corriente de Medicamento	Nivel Nuevo de Medicamento	Razón de Cambio	Medicamento Alternativo, Nivel de Medicamento Alternativo
BuPROPion HCl ER (XL) Tablet Extended Release 24 Hour 450 MG Oral	NF	4 + QL 30 + ST2	Mejorar Formulario	N/A
Cefotaxime Sodium Solution Reconstituted 2 GM Injection	2	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Clinimix/Dextrose (2.75/5) SOLUTION 2.75 % Intravenous	4 + BvD	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Clinimix/Dextrose (4.25/20) SOLUTION 4.25 % Intravenous	4 + BvD	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
CloBAZam Suspension 2.5 MG/ML Oral	NF	4 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
CloBAZam Tablet 10 MG Oral	NF	4 + QL 60 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
CloBAZam Tablet 20 MG Oral	NF	4 + QL 60 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Colesevelam HCl Packet 3.75 GM Oral	NF	3	Mejorar Formulario	N/A
Copiktra Capsule 15 MG Oral	NF	5 + QL 60 + PA2 + LA	Mejorar Formulario	N/A
Copiktra Capsule 25 MG Oral	NF	5 + QL 60 + PA2 + LA	Mejorar Formulario	N/A
Cyred EQ Tablet 0.15-30 MG-MCG Oral	NF	1	Mejorar Formulario	N/A
DAPTOmycin Solution Reconstituted 350 MG Intravenous	NF	4 + PA1	Mejorar Formulario	N/A
Delstrigo Tablet 100-300-300 MG Oral	NF	5	Mejorar Formulario	N/A
Epidiolex Solution 100 MG/ML Oral	NF	4 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Ertapenem Sodium Solution Reconstituted 1 GM Injection	NF	4	Mejorar Formulario	N/A

Formulario de identificación: 19563 Versión: 15

Última actualización: 02/10/2019

Fecha efectiva: 01/11/2019

Y0110_PH_SP_RXFormularyAdd_NM 01/10/2017

BvD – Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **NF** – No-Formulario; **PA** – Autorización Previa; **QL** – Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **ST** – Terapia Escalonada; **LA** – Acceso Limitado (Ésta prescripción pudiera estar disponible sólo en algunas farmacias).

CAMBIOS EN FORMULARIO 2019				
Nombre del Medicamento	Nivel Corriente de Medicamento	Nivel Nuevo de Medicamento	Razón de Cambio	Medicamento Alterno, Nivel de Medicamento Alterno
Finacea GEL 15 % EXTERNAL	4	NF	Actualización del Formulario	azelaic acid 0.15mg/mg, 4
Forfivo XL Tablet Extended Release 24 Hour 450 MG Oral	4 + QL 30 + ST2	NF	Actualización del Formulario	bupropion hydrochloride 450mg, 4 + QL 30 + ST2
Hexalen CAPSULE 50 MG ORAL	5 + PA2	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
INVanz Solution Reconstituted 1 GM Injection	4	NF	Actualización del Formulario	ertapenem 1000mg, 4
Itraconazole Solution 10 MG/ML Oral	NF	4 + PA1	Mejorar Formulario	N/A
Ketoprofen Capsule 25 MG Oral	NF	2	Mejorar Formulario	N/A
Kimidess Tablet 0.15-0.02/0.01 MG (21/5) Oral	2	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Lenvima 12 MG Daily Dose Capsule Therapy Pack 4 (3) MG Oral	NF	5 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Lenvima 4 MG Daily Dose Capsule Therapy Pack 4 MG Oral	NF	5 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Lorbrena Tablet 100 MG Oral	NF	5 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Lorbrena Tablet 25 MG Oral	NF	5 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Mektovi Tablet 15 MG Oral	NF	5 + PA2 + LA	Mejorar Formulario	N/A
Molindone HCl Tablet 10 MG Oral	NF	2	Mejorar Formulario	N/A
Molindone HCl Tablet 25 MG Oral	NF	2	Mejorar Formulario	N/A
Molindone HCl Tablet 5 MG Oral	NF	2	Mejorar Formulario	N/A
Morphine Sulfate ER Capsule Extended Release 24 Hour 40 MG Oral	NF	2	Mejorar Formulario	N/A
Nafcillin Sodium Solution Reconstituted 2 GM Injection	NF	2	Mejorar Formulario	N/A
Necon 7/7/7 Tablet 0.5/0.75/1-35 MG-MCG Oral	1	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A

Formulario de identificación: 19563 Versión: 15

Última actualización: 02/10/2019

Fecha efectiva: 01/11/2019

Y0110_PH_SP_RXFormularyAdd_NM 01/10/2017

BvD – Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **NF** – No-Formulario; **PA** – Autorización Previa; **QL** – Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **ST** – Terapia Escalonada; **LA** – Acceso Limitado (Ésta prescripción pudiera estar disponible sólo en algunas farmacias).

CAMBIOS EN FORMULARIO 2019				
Nombre del Medicamento	Nivel Corriente de Medicamento	Nivel Nuevo de Medicamento	Razón de Cambio	Medicamento Alterno, Nivel de Medicamento Alterno
Norvir CAPSULE 100 MG ORAL	4	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Onfi SUSPENSION 2.5 MG/ML ORAL	5 + PA2	NF	Actualización del Formulario	clobazam 2.5mg/ml, 4 + PA2
Onfi TABLET 10 MG Oral	4 + QL 60	NF	Actualización del Formulario	clobazam 10mg, 4 + QL 60 + PA2
Onfi TABLET 20 MG Oral	5 + QL 60 + PA2	NF	Actualización del Formulario	clobazam 20mg, 4 + QL 60 + PA2
Orilissa Tablet 150 MG Oral	NF	5 + PA1	Mejorar Formulario	N/A
Orilissa Tablet 200 MG Oral	NF	5 + PA1	Mejorar Formulario	N/A
Orkambi Packet 100-125 MG Oral	NF	5 + PA1 + LA	Mejorar Formulario	N/A
Orkambi Packet 150-188 MG Oral	NF	5 + PA1 + LA	Mejorar Formulario	N/A
Periogard Solution 0.12 % Mouth/Throat	2	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Pifeltro Tablet 100 MG Oral	NF	5	Mejorar Formulario	N/A
Sodium Chloride Solution 2.5 MEQ/ML Injection	2	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Symtuza Tablet 800-150-200-10 MG Oral	NF	5	Mejorar Formulario	N/A
Takhzyro Solution 300 MG/2ML Subcutaneous	NF	5 + PA1 + LA	Mejorar Formulario	N/A
Talzenna Capsule 0.25 MG Oral	NF	5 + PA2 + LA	Mejorar Formulario	N/A
Talzenna Capsule 1 MG Oral	NF	5 + PA2 + LA	Mejorar Formulario	N/A
Testosterone Gel 20.25 MG/1.25GM (1.62%) Transdermal	NF	3 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Testosterone Gel 20.25 MG/ACT (1.62%) Transdermal	NF	3 + PA2	Mejorar Formulario	N/A

Formulario de identificación: 19563 Versión: 15

Última actualización: 02/10/2019

Fecha efectiva: 01/11/2019

Y0110_PH_SP_RXFormularyAdd_NM 01/10/2017

BvD – Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **NF** – No-Formulario; **PA** – Autorización Previa; **QL** – Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **ST** – Terapia Escalonada; **LA** – Acceso Limitado (Ésta prescripción pudiera estar disponible sólo en algunas farmacias).

CAMBIOS EN FORMULARIO 2019				
Nombre del Medicamento	Nivel Corriente de Medicamento	Nivel Nuevo de Medicamento	Razón de Cambio	Medicamento Alterno, Nivel de Medicamento Alterno
Testosterone Gel 40.5 MG/2.5GM (1.62%) Transdermal	NF	3 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Tibsovo Tablet 250 MG Oral	NF	5 + PA2 + LA	Mejorar Formulario	N/A
Tiglutik Suspension 50 MG/10ML Oral	NF	4 + PA1	Mejorar Formulario	N/A
Triamcinolone Acetonide Aerosol 55 MCG/ACT Nasal	2	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Vancomycin HCl Solution Reconstituted 250 MG Intravenous	NF	2 + BvD	Mejorar Formulario	N/A
Versacloz Suspension 50 MG/ML Oral	5 + ST2	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Vizimpro Tablet 15 MG Oral	NF	5 + QL 30 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Vizimpro Tablet 30 MG Oral	NF	5 + QL 30 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Vizimpro Tablet 45 MG Oral	NF	5 + QL 30 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Welchol Packet 3.75 GM Oral	3	NF	Actualización del Formulario	colesevelam hydrochloride 3750mg, 2
Xarelto Tablet 2.5 MG Oral	NF	3	Mejorar Formulario	N/A
Xofluza Tablet Therapy Pack 20 (2) MG Oral	NF	4 + QL 2/365	Mejorar Formulario	N/A
Xofluza Tablet Therapy Pack 40 (2) MG Oral	NF	4 + QL 2/365	Mejorar Formulario	N/A
Xolair Solution Prefilled Syringe 150 MG/ML Subcutaneous	NF	5 + QL 6/28 + PA1 + LA	Mejorar Formulario	N/A
Xolair Solution Prefilled Syringe 75 MG/0.5ML Subcutaneous	NF	5 + QL 6/28 + PA1 + LA	Mejorar Formulario	N/A
Zortress Tablet 1 MG Oral	NF	5 + PA2	Mejorar Formulario	N/A

Formulario de identificación: 19563 Versión: 15

Última actualización: 02/10/2019

Fecha efectiva: 01/11/2019

Y0110_PH_SP_RXFormularyAdd_NM 01/10/2017

BvD – Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **NF** – No-Formulario; **PA** – Autorización Previa; **QL** – Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **ST** – Terapia Escalonada; **LA** – Acceso Limitado (Ésta prescripción pudiera estar disponible sólo en algunas farmacias).

CAMBIOS EN FORMULARIO 2019				
Nombre del Medicamento	Nivel Corriente de Medicamento	Nivel Nuevo de Medicamento	Razón de Cambio	Medicamento Alterno, Nivel de Medicamento Alterno
Zytiga TABLET 250 MG ORAL	5 + QL 120 + PA2	NF	Actualización del Formulario	abiraterone acetate 250mg, 5 + QL 120 + PA2
FECHA EFECTIVA 01/03/2019				
Actemra ACTPen Solution Auto-Injector 162 MG/0.9ML Subcutaneous	NF	5 + PA1	Mejorar Formulario	N/A
Afeditab CR Tablet Extended Release 24 Hour 30 MG Oral	1	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Clinimix E/Dextrose (5/25) Solution 5 % Intravenous	4 + BvD	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Daurismo Tablet 100 MG Oral	NF	5 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Daurismo Tablet 25 MG Oral	NF	5 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Hailey 24 Fe Tablet 1-20 MG-MCG(24) Oral	NF	2	Mejorar Formulario	N/A
Invirase CAPSULE 200 MG Oral	5	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Lokelma Packet 10 GM Oral	NF	4	Mejorar Formulario	N/A
Lokelma Packet 5 GM Oral	NF	4	Mejorar Formulario	N/A
Lynparza Capsule 50 MG Oral	5 + PA2 + LA	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Mesalamine Suppository 1000 MG Rectal	NF	4	Mejorar Formulario	N/A
Metipranolol Solution 0.3 % Ophthalmic	2	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Moderiba 800 Dose Pack Tablet 400 MG Oral	5	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Nocurna Tablet Sublingual 27.7 MCG Sublingual	NF	4	Mejorar Formulario	N/A
Nocurna Tablet Sublingual 55.3 MCG Sublingual	NF	4	Mejorar Formulario	N/A

Formulario de identificación: 19563 Versión: 15

Última actualización: 02/10/2019

Fecha efectiva: 01/11/2019

Y0110_PH_SP_RXFormularyAdd_NM 01/10/2017

BvD – Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **NF** – No-Formulario; **PA** – Autorización Previa; **QL** – Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **ST** – Terapia Escalonada; **LA** – Acceso Limitado (Ésta prescripción pudiera estar disponible sólo en algunas farmacias).

CAMBIOS EN FORMULARIO 2019				
Nombre del Medicamento	Nivel Corriente de Medicamento	Nivel Nuevo de Medicamento	Razón de Cambio	Medicamento Alterno, Nivel de Medicamento Alterno
Oxervate Solution 0.002 % Ophthalmic	NF	5 + PA1	Mejorar Formulario	N/A
Polyethylene Glycol 3350 Powder Oral	1	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Potassium Chloride PACKET 20 MEQ Oral	NF	2	Mejorar Formulario	N/A
Retacrit Solution 10000 UNIT/ML Injection	NF	4 + PA1	Mejorar Formulario	N/A
Retacrit Solution 2000 UNIT/ML Injection	NF	4 + PA1	Mejorar Formulario	N/A
Retacrit Solution 3000 UNIT/ML Injection	NF	4 + PA1	Mejorar Formulario	N/A
Retacrit Solution 4000 UNIT/ML Injection	NF	4 + PA1	Mejorar Formulario	N/A
Retacrit Solution 40000 UNIT/ML Injection	NF	4 + PA1	Mejorar Formulario	N/A
Shingrix Suspension Reconstituted 50 MCG/0.5ML Intramuscular	3 + BvD	3	Mejorar Formulario	N/A
Silodosin Capsule 4 MG Oral	NF	4	Mejorar Formulario	N/A
Silodosin Capsule 8 MG Oral	NF	4	Mejorar Formulario	N/A
Sofosbuvir-Velpatasvir Tablet 400-100 MG Oral	NF	5 + PA1	Mejorar Formulario	N/A
SUMatriptan Succinate Solution Prefilled Syringe 6 MG/0.5ML Subcutaneous	NF	2	Mejorar Formulario	N/A
Tecfidera 120 & 240 MG ORAL	5 + QL 60 + PA2	5 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Tecfidera CAPSULE DELAYED RELEASE 120 MG ORAL	5 + QL 60 + PA2	5 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Tecfidera CAPSULE DELAYED RELEASE 240 MG ORAL	5 + QL 60 + PA2	5 + PA2	Mejorar Formulario	N/A

Formulario de identificación: 19563 Versión: 15

Última actualización: 02/10/2019

Fecha efectiva: 01/11/2019

Y0110_PH_SP_RXFormularyAdd_NM 01/10/2017

BvD – Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **NF** – No-Formulario; **PA** – Autorización Previa; **QL** – Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **ST** – Terapia Escalonada; **LA** – Acceso Limitado (Ésta prescripción pudiera estar disponible sólo en algunas farmacias).

CAMBIOS EN FORMULARIO 2019				
Nombre del Medicamento	Nivel Corriente de Medicamento	Nivel Nuevo de Medicamento	Razón de Cambio	Medicamento Alterno, Nivel de Medicamento Alterno
Tegsedil Solution Prefilled Syringe 284 MG/1.5ML Subcutaneous	NF	5 + QL 6/28 + PA1	Mejorar Formulario	N/A
Tri-Estarylla Tablet 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG Oral	NF	1	Mejorar Formulario	N/A
Vitakvi Capsule 100 MG Oral	NF	5 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Vitakvi Capsule 25 MG Oral	NF	5 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Vitakvi Solution 20 MG/ML Oral	NF	5 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Xospata Tablet 40 MG Oral	NF	5 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Xtandi CAPSULE 40 MG ORAL	5 + QL 120 + PA2 + LA + ST2	5 + QL 120 + PA2 + LA	Mejorar Formulario	N/A
Zenchant Tablet 0.4-35 MG-MCG Oral	1	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Zerit Solution Reconstituted 1 MG/ML Oral	3	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
FECHA EFECTIVA 01/04/2019				
Albendazole Tablet 200 MG Oral	NF	4	Mejorar Formulario	N/A
Assure ID Insulin Safety Syr 29G X 1/2" 1 ML	4	1	Mejorar Formulario	N/A
BCG Vaccine INJECTABLE INJECTION	3 + BvD	3	Mejorar Formulario	N/A
Clobetasol Propionate Emulsion Foam 0.05 % External	NF	2	Mejorar Formulario	N/A
Comfort Assist Insulin Syringe 29G X 1/2" 1 ML	4	1	Mejorar Formulario	N/A
CVS Gauze Sterile PAD 2"X2"	4	1	Mejorar Formulario	N/A
Exel Comfort Point Pen Needle 29G X 12MM	4	1	Mejorar Formulario	N/A

Formulario de identificación: 19563 Versión: 15

Última actualización: 02/10/2019

Fecha efectiva: 01/11/2019

Y0110_PH_SP_RXFormularyAdd_NM 01/10/2017

BvD – Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **NF** – No-Formulario; **PA** – Autorización Previa; **QL** – Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **ST** – Terapia Escalonada; **LA** – Acceso Limitado (Ésta prescripción pudiera estar disponible sólo en algunas farmacias).

CAMBIOS EN FORMULARIO 2019				
Nombre del Medicamento	Nivel Corriente de Medicamento	Nivel Nuevo de Medicamento	Razón de Cambio	Medicamento Alterno, Nivel de Medicamento Alterno
Global Alcohol Prep Ease PAD 70 %	2	1	Mejorar Formulario	N/A
Moderiba 1200 Dose Pack Tablet 600 MG Oral	5	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Moderiba TABLET 200 MG ORAL	4	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Nevirapine Suspension 50 MG/5ML Oral	NF	3	Mejorar Formulario	N/A
Perseris Prefilled Syringe 120 MG Subcutaneous	NF	5 + ST2	Mejorar Formulario	N/A
Perseris Prefilled Syringe 90 MG Subcutaneous	NF	5 + ST2	Mejorar Formulario	N/A
Pimecrolimus Cream 1 % External	NF	4 + ST1	Mejorar Formulario	N/A
Preferred Plus Insulin Syringe 28G X 1/2" 0.5 ML	4	1	Mejorar Formulario	N/A
Promacta Packet 12.5 MG Oral	NF	5 + QL 360 + PA1	Mejorar Formulario	N/A
Rapaflo Capsule 4 MG Oral	4	NF	Actualización del Formulario	silodosin 4 mg, 4
Rapaflo Capsule 8 MG Oral	4	NF	Actualización del Formulario	silodosin 8 mg, 4
Reli-On Insulin Syringe 29G 0.3 ML	4	1	Mejorar Formulario	N/A
Sympazan Film 10 MG Oral	NF	5 + QL 60 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Sympazan Film 20 MG Oral	NF	5 + QL 60 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Sympazan Film 5 MG Oral	NF	4 + QL 60 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Tri-VyLibra Lo Tablet 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG Oral	NF	2	Mejorar Formulario	N/A

Formulario de identificación: 19563 Versión: 15

Última actualización: 02/10/2019

Fecha efectiva: 01/11/2019

Y0110_PH_SP_RXFormularyAdd_NM 01/10/2017

BvD – Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **NF** – No-Formulario; **PA** – Autorización Previa; **QL** – Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **ST** – Terapia Escalonada; **LA** – Acceso Limitado (Ésta prescripción pudiera estar disponible sólo en algunas farmacias).

CAMBIOS EN FORMULARIO 2019				
Nombre del Medicamento	Nivel Corriente de Medicamento	Nivel Nuevo de Medicamento	Razón de Cambio	Medicamento Alterno, Nivel de Medicamento Alterno
FECHA EFECTIVA 01/05/2019				
Albenza Tablet 200 MG Oral	5	NF	Actualización del formulario	albendazole 200mg, 4
Codeine Sulfate Tablet 15 MG Oral	1	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Dupixent Solution Prefilled Syringe 200 MG/1.14ML Subcutaneous	NF	5 + PA1	Mejora Formulario	N/A
Dupixent Solution Prefilled Syringe 300 MG/2ML Subcutaneous	NF	5 + PA1	Mejora Formulario	N/A
Elidel Cream 1 % External	4 + ST1	NF	Actualización del formulario	pimecrolimus 10mg/ml, 4 + ST1
Jasmiel Tablet 3-0.02 MG Oral	NF	2	Mejora Formulario	N/A
Sirolimus Solution 1 MG/ML Oral	NF	5 + BvD	Mejora Formulario	N/A
Toremifene Citrate Tablet 60 MG Oral	NF	5 + QL 30 + PA2	Mejora Formulario	N/A
Tresiba Solution 100 UNIT/ML Subcutaneous	NF	3	Mejora Formulario	N/A
Vigabatrin Tablet 500 MG Oral	NF	5 + PA2 + LA	Mejora Formulario	N/A
Viramune Suspension 50 MG/5ML Oral	3	NF	Actualización del formulario	nevirapine 10mg/ml, 3
FECHA EFECTIVA 01/06/2019				
Aliskiren Fumarate Tablet 150 MG Oral	NF	3	Mejora Formulario	N/A
Aliskiren Fumarate Tablet 300 MG Oral	NF	3	Mejora Formulario	N/A
Carimune NF Solution Reconstituted 6 GM Intravenous	5 + PA1	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Ciprofloxacin SUSPENSION RECONSTITUTED 250 MG/5ML (5%) Oral	4	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A

Formulario de identificación: 19563 Versión: 15

Última actualización: 02/10/2019

Fecha efectiva: 01/11/2019

Y0110_PH_SP_RXFormularyAdd_NM 01/10/2017

BvD – Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **NF** – No-Formulario; **PA** – Autorización Previa; **QL** – Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **ST** – Terapia Escalonada; **LA** – Acceso Limitado (Ésta prescripción pudiera estar disponible sólo en algunas farmacias).

CAMBIOS EN FORMULARIO 2019				
Nombre del Medicamento	Nivel Corriente de Medicamento	Nivel Nuevo de Medicamento	Razón de Cambio	Medicamento Alterno, Nivel de Medicamento Alterno
Clinimix E/Dextrose (2.75/10) Solution 2.75 % Intravenous	4 + BvD	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Clinimix E/Dextrose (4.25/25) SOLUTION 4.25 % Intravenous	4 + BvD	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Dovato Tablet 50-300 MG Oral	NF	5	Mejora Formulario	N/A
Estropipate Tablet 0.75 MG Oral	1	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Fareston TABLET 60 MG Oral	5 + QL 30 + PA2	NF	Actualización del Formulario	toremifene citrate tablet 60 mg oral, 5 + QL 30 + PA2
HYDROcodone-Acetaminophen Tablet 2.5-325 MG Oral	2	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Klor-Con Sprinkle Capsule Extended Release 10 MEQ Oral	3	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Lotemax SM Gel 0.38 % Ophthalmic	NF	4	Mejora Formulario	N/A
Moexipril-hydroCHLOROthiazide Tablet 15-12.5 MG Oral	1	NF	Eliminación requerida de CMS Eliminación requerida de CMS	N/A
Moexipril-hydroCHLOROthiazide Tablet 15-25 MG Oral	1	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Moexipril-hydroCHLOROthiazide Tablet 7.5-12.5 MG Oral	1	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Nadolol-Bendroflumethiazide Tablet 80-5 MG Oral	2	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Nivestym Solution 300 MCG/ML Injection	NF	4 + PA1	Mejora Formulario	N/A
Nivestym Solution 480 MCG/1.6ML Injection	NF	4 + PA1	Mejora Formulario	N/A
Nuplazid Tablet 17 MG Oral	5 + LA + ST2	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A

Formulario de identificación: 19563 Versión: 15

Última actualización: 02/10/2019

Fecha efectiva: 01/11/2019

Y0110_PH_SP_RXFormularyAdd_NM 01/10/2017

BvD – Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **NF** – No-Formulario; **PA** – Autorización Previa; **QL** – Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **ST** – Terapia Escalonada; **LA** – Acceso Limitado (Ésta prescripción pudiera estar disponible sólo en algunas farmacias).

CAMBIOS EN FORMULARIO 2019				
Nombre del Medicamento	Nivel Corriente de Medicamento	Nivel Nuevo de Medicamento	Razón de Cambio	Medicamento Alterno, Nivel de Medicamento Alterno
Prograf Packet 0.2 MG Oral	NF	4 + BvD	Mejora Formulario	N/A
Prograf Packet 1 MG Oral	NF	4 + BvD	Mejora Formulario	N/A
Pyridostigmine Bromide Solution 60 MG/5ML Oral	NF	1	Mejora Formulario	N/A
Quasense Tablet 0.15-0.03 MG Oral	1	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Ranolazine ER Tablet Extended Release 12 Hour 1000 MG Oral	NF	3 + PA1	Mejora Formulario	N/A
Ranolazine ER Tablet Extended Release 12 Hour 500 MG Oral	NF	3 + PA1	Mejora Formulario	N/A
Rapamune SOLUTION 1 MG/ML ORAL	5 + BvD	NF	Actualización del Formulario	sirolimus solution 1 mg/ml oral, 5 + BvD
Rescriptor Tablet 100 MG Oral	3	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Ribasphere RibaPak Tablet 400 MG Oral	5	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Ribasphere RibaPak Tablet Therapy Pack 200 & 400 MG Oral	5	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Ribasphere TABLET 200 MG ORAL	4	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Ribasphere Tablet 400 MG Oral	5	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Sabril TABLET 500 MG Oral	5 + PA2	NF	Actualización del Formulario	vigabatrin tablet 500 mg oral, 5 + PA2
Tarina 24 Fe Tablet 1-20 MG-MCG(24) Oral	NF	2	Mejora Formulario	N/A
TriNessa (28) Tablet 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG Oral	1	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A

Formulario de identificación: 19563 Versión: 15

Última actualización: 02/10/2019

Fecha efectiva: 01/11/2019

Y0110_PH_SP_RXFormularyAdd_NM 01/10/2017

BvD – Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **NF** – No-Formulario; **PA** – Autorización Previa; **QL** – Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **ST** – Terapia Escalonada; **LA** – Acceso Limitado (Ésta prescripción pudiera estar disponible sólo en algunas farmacias).

CAMBIOS EN FORMULARIO 2019				
Nombre del Medicamento	Nivel Corriente de Medicamento	Nivel Nuevo de Medicamento	Razón de Cambio	Medicamento Alternativo, Nivel de Medicamento Alternativo
Versacloz Suspension 50 MG/ML Oral	NF	4 + ST2	Mejora Formulario	N/A
FECHA EFECTIVA 01/07/2019				
Albuterol Sulfate HFA Aerosol Solution 108 (90 Base) MCG/ACT Inhalation	NF	2 + QL 17	Mejorar Formulario	N/A
Ambrisentan Tablet 10 MG Oral	NF	5 + QL 30 + PA1	Mejorar Formulario	N/A
Ambrisentan Tablet 5 MG Oral	NF	5 + QL 30 + PA1	Mejorar Formulario	N/A
Aminosyn II SOLUTION 8.5 % Intravenous	4 + BvD	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Aminosyn II/Electrolytes SOLUTION 8.5 % Intravenous	3 + BvD	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Aminosyn/Electrolytes SOLUTION 7 % Intravenous	4 + BvD	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Aminosyn/Electrolytes SOLUTION 8.5 % Intravenous	3 + BvD	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Aminosyn-HBC SOLUTION 7 % Intravenous	4 + BvD	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Aminosyn-RF SOLUTION 5.2 % Intravenous	4 + BvD	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Balversa Tablet 3 MG Oral	NF	5 + PA2 + LA	Mejorar Formulario	N/A
Balversa Tablet 4 MG Oral	NF	5 + PA2 + LA	Mejorar Formulario	N/A
Balversa Tablet 5 MG Oral	NF	5 + PA2 + LA	Mejorar Formulario	N/A
Blisovi FE 1/20 TABLET 1-20 MG-MCG ORAL	1	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Bromfenac Sodium (Once-Daily) SOLUTION 0.09 % Ophthalmic	NF	2	Mejorar Formulario	N/A
Cablivi Kit 11 MG Injection	NF	5 + PA1 + LA	Mejorar Formulario	N/A
Chlorzoxazone Tablet 375 MG Oral	NF	1	Mejorar Formulario	N/A
Chlorzoxazone Tablet 750 MG Oral	NF	1	Mejorar Formulario	N/A

Formulario de identificación: 19563 Versión: 15

Última actualización: 02/10/2019

Fecha efectiva: 01/11/2019

Y0110_PH_SP_RXFormularyAdd_NM 01/10/2017

BvD – Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **NF** – No-Formulario; **PA** – Autorización Previa; **QL** – Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **ST** – Terapia Escalonada; **LA** – Acceso Limitado (Ésta prescripción pudiera estar disponible sólo en algunas farmacias).

CAMBIOS EN FORMULARIO 2019				
Nombre del Medicamento	Nivel Corriente de Medicamento	Nivel Nuevo de Medicamento	Razón de Cambio	Medicamento Alternativo, Nivel de Medicamento Alternativo
Deferasirox Tablet Soluble 125 MG Oral	NF	5 + PA1	Mejorar Formulario	N/A
Deferasirox Tablet Soluble 250 MG Oral	NF	5 + PA1	Mejorar Formulario	N/A
Deferasirox Tablet Soluble 500 MG Oral	NF	5 + PA1	Mejorar Formulario	N/A
Emgality Solution Auto-Injector 120 MG/ML Subcutaneous	NF	3 + PA1	Mejorar Formulario	N/A
Emgality Solution Prefilled Syringe 120 MG/ML Subcutaneous	NF	3 + PA1	Mejorar Formulario	N/A
Erythromycin Ethylsuccinate Suspension Reconstituted 400 MG/5ML Oral	NF	3	Mejorar Formulario	N/A
Ranexa Tablet Extended Release 12 Hour 1000 MG Oral	3 + PA1	NF	Actualización del formulario	ranolazine er tablet extended release 12 hour 1000 mg oral, 3 + PA1
Ranexa Tablet Extended Release 12 Hour 500 MG Oral	3 + PA1	NF	Actualización del formulario	ranolazine er tablet extended release 12 hour 500 mg oral, 3 + PA1
Tekturna Tablet 150 MG Oral	3	NF	Actualización del formulario	aliskiren fumarate tablet 150 mg oral, 3
Tekturna Tablet 300 MG Oral	3	NF	Actualización del formulario	aliskiren fumarate tablet 300 mg oral, 3
FECHA EFECTIVA 01/08/2019				

Formulario de identificación: 19563 Versión: 15

Última actualización: 02/10/2019

Fecha efectiva: 01/11/2019

Y0110_PH_SP_RXFormularyAdd_NM 01/10/2017

BvD – Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **NF** – No-Formulario; **PA** – Autorización Previa; **QL** – Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **ST** – Terapia Escalonada; **LA** – Acceso Limitado (Ésta prescripción pudiera estar disponible sólo en algunas farmacias).

CAMBIOS EN FORMULARIO 2019				
Nombre del Medicamento	Nivel Corriente de Medicamento	Nivel Nuevo de Medicamento	Razón de Cambio	Medicamento Alterno, Nivel de Medicamento Alterno
Bosentan Tablet 125 MG Oral	NF	5 + QL 60 + PA1	Mejorar Formulario	N/A
Bosentan Tablet 62.5 MG Oral	NF	5 + QL 60 + PA1	Mejorar Formulario	N/A
Cinacalcet HCl Tablet 30 MG Oral	NF	3 + QL 120 + BvD	Mejorar Formulario	N/A
Cinacalcet HCl Tablet 60 MG Oral	NF	5 + QL 150 + BvD	Mejorar Formulario	N/A
Cinacalcet HCl Tablet 90 MG Oral	NF	5 + QL 120 + BvD	Mejorar Formulario	N/A
Ciprofloxacin-Ciproflox HCl ER Tablet Extended Release 24 Hour 1000 MG Oral	2	NF	Eliminación Requerida de CMS	N/A
Ciprofloxacin-Ciproflox HCl ER Tablet Extended Release 24 Hour 500 MG Oral	2	NF	Eliminación Requerida de CMS	N/A
Erlotinib HCl Tablet 100 MG Oral	NF	5 + QL 30 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Erlotinib HCl Tablet 150 MG Oral	NF	5 + QL 30 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Erlotinib HCl Tablet 25 MG Oral	NF	5 + QL 90 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
EryPed 400 Suspension Reconstituted 400 MG/5ML Oral	3	NF	Actualización del Formulario	erythromycin ethylsuccinate suspension reconstituted 400 mg/ml oral, 3

Formulario de identificación: 19563 Versión: 15

Última actualización: 02/10/2019

Fecha efectiva: 01/11/2019

Y0110_PH_SP_RXFormularyAdd_NM 01/10/2017

BvD – Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **NF** – No-Formulario; **PA** – Autorización Previa; **QL** – Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **ST** – Terapia Escalonada; **LA** – Acceso Limitado (Ésta prescripción pudiera estar disponible sólo en algunas farmacias).

CAMBIOS EN FORMULARIO 2019				
Nombre del Medicamento	Nivel Corriente de Medicamento	Nivel Nuevo de Medicamento	Razón de Cambio	Medicamento Alternativo, Nivel de Medicamento Alternativo
Exjade Tablet Soluble 125 MG Oral	5 + PA1	NF	Actualización del Formulario	deferasirox tablet soluble 125 mg oral, 5 + PA1
Exjade Tablet Soluble 250 MG Oral	5 + PA1	NF	Actualización del Formulario	deferasirox tablet soluble 250 mg oral, 5 + PA1
Exjade Tablet Soluble 500 MG Oral	5 + PA1	NF	Actualización del Formulario	deferasirox tablet soluble 500 mg oral, 5 + PA1
Kalydeco Packet 25 MG Oral	NF	5 + PA1	Mejorar Formulario	N/A
Letairis Tablet 10 MG Oral	5 + QL 30 + PA1	NF	Actualización del Formulario	ambrisentan tablet 10 mg oral, 5 + QL 30 + PA1
Letairis Tablet 5 MG Oral	5 + QL 30 + PA1	NF	Actualización del Formulario	ambrisentan tablet 5 mg oral, 5 + QL 30 + PA1
Loteprednol Etabonate Suspension 0.5 % Ophthalmic	NF	4	Mejorar Formulario	N/A
Mayzent Tablet 0.25 MG Oral	NF	5 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Mayzent Tablet 2 MG Oral	NF	5 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Methyclothiazide Tablet 5 MG Oral	1	NF	Eliminación Requerida de CMS	N/A
Zykadia Tablet 150 MG Oral	NF	5 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
FECHA EFECTIVA 01/09/2019				
Braftovi Capsule 50 MG Oral	5 + PA2 + LA	NF	Eliminación Requerida de CMS	N/A

Formulario de identificación: 19563 Versión: 15

Última actualización: 02/10/2019

Fecha efectiva: 01/11/2019

Y0110_PH_SP_RXFormularyAdd_NM 01/10/2017

BvD – Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **NF** – No-Formulario; **PA** – Autorización Previa; **QL** – Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **ST** – Terapia Escalonada; **LA** – Acceso Limitado (Ésta prescripción pudiera estar disponible sólo en algunas farmacias).

CAMBIOS EN FORMULARIO 2019				
Nombre del Medicamento	Nivel Corriente de Medicamento	Nivel Nuevo de Medicamento	Razón de Cambio	Medicamento Alternativo, Nivel de Medicamento Alternativo
Doripenem SOLUTION RECONSTITUTED 500 MG Intravenous	3 + BvD	NF	Eliminación Requerida de CMS	N/A
Emgality 300 Dose Solution Prefilled Syringe 100 MG/ML Subcutaneous	NF	3 + PA1	Mejorar Formulario	N/A
Lotemax Suspension 0.5 % Ophthalmic	4	NF	Actualización del Formulario	loteprednol etabonate suspension 0.5 % ophthalmic, 4
Mitigare Capsule 0.6 MG Oral	4	3	Mejorar Formulario	N/A
Nucala Solution Auto-Injector 100 MG/ML Subcutaneous	NF	5 + PA1 + LA	Mejorar Formulario	N/A
Nucala Solution Prefilled Syringe 100 MG/ML Subcutaneous	NF	5 + PA1 + LA	Mejorar Formulario	N/A
Piqray 200MG Daily Dose Tablet Therapy Pack 200 MG Oral	NF	5 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Piqray 250MG Daily Dose Tablet Therapy Pack 200 & 50 MG Oral	NF	5 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Piqray 300MG Daily Dose Tablet Therapy Pack 2x150 MG Oral	NF	5 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Pyridostigmine Bromide Tablet 30 MG Oral	NF	1	Mejorar Formulario	N/A
Sensipar Tablet 30 MG Oral	3 + QL 120 + BvD	NF	Actualización del Formulario	cinacalcet hcl tablet 30 mg oral, 3 + QL 120 + BvD
Sensipar Tablet 60 MG Oral	5 + QL 150 + BvD	NF	Actualización del Formulario	cinacalcet hcl tablet 60 mg oral, 5 + QL 150 + BvD

Formulario de identificación: 19563 Versión: 15

Última actualización: 02/10/2019

Fecha efectiva: 01/11/2019

Y0110_PH_SP_RXFormularyAdd_NM 01/10/2017

BvD – Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **NF** – No-Formulario; **PA** – Autorización Previa; **QL** – Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **ST** – Terapia Escalonada; **LA** – Acceso Limitado (Ésta prescripción pudiera estar disponible sólo en algunas farmacias).

CAMBIOS EN FORMULARIO 2019				
Nombre del Medicamento	Nivel Corriente de Medicamento	Nivel Nuevo de Medicamento	Razón de Cambio	Medicamento Alterno, Nivel de Medicamento Alterno
Sensipar Tablet 90 MG Oral	5 + QL 120 + BvD	NF	Actualización del Formulario	cinacalcet hcl tablet 90 mg oral, 5 + QL 120 + BvD
Tarceva Tablet 100 MG Oral	5 + QL 30 + PA2	NF	Actualización del Formulario	erlotinib hcl tablet 100 mg oral, 5 + QL 30 + PA2
Tarceva Tablet 150 MG Oral	5 + QL 30 + PA2	NF	Actualización del Formulario	erlotinib hcl tablet 150 mg oral, 5 + QL 30 + PA2
Tarceva Tablet 25 MG Oral	5 + QL 90 + PA2	NF	Actualización del Formulario	erlotinib hcl tablet 25 mg oral, 5 + QL 90 + PA2
Tracleer Tablet 125 MG Oral	5 + QL 60 + PA1 + LA	NF	Actualización del Formulario	bosentan tablet 125 mg oral, 5 + QL 60 + PA1
Tracleer Tablet 62.5 MG Oral	5 + QL 60 + PA1 + LA	NF	Actualización del Formulario	bosentan tablet 62.5 mg oral, 5 + QL 60 + PA1
FECHA EFECTIVA 01/10/2019				
Abilify MyCite Tablet 10 MG Oral	NF	5 + ST2	Mejorar Formulario	N/A
Abilify MyCite Tablet 15 MG Oral	NF	5 + ST2	Mejorar Formulario	N/A
Abilify MyCite Tablet 2 MG Oral	NF	5 + ST2	Mejorar Formulario	N/A
Abilify MyCite Tablet 20 MG Oral	NF	5 + ST2	Mejorar Formulario	N/A
Abilify MyCite Tablet 30 MG Oral	NF	5 + ST2	Mejorar Formulario	N/A
Abilify MyCite Tablet 5 MG Oral	NF	5 + ST2	Mejorar Formulario	N/A
Avonex Kit 30 MCG Intramuscular	5 + PA2	NF	Eliminación Requerida de CMS	N/A

Formulario de identificación: 19563 Versión: 15

Última actualización: 02/10/2019

Fecha efectiva: 01/11/2019

Y0110_PH_SP_RXFormularyAdd_NM 01/10/2017

BvD – Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **NF** – No-Formulario; **PA** – Autorización Previa; **QL** – Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **ST** – Terapia Escalonada; **LA** – Acceso Limitado (Ésta prescripción pudiera estar disponible sólo en algunas farmacias).

CAMBIOS EN FORMULARIO 2019				
Nombre del Medicamento	Nivel Corriente de Medicamento	Nivel Nuevo de Medicamento	Razón de Cambio	Medicamento Alterno, Nivel de Medicamento Alterno
Cefixime Capsule 400 MG Oral	NF	3	Mejorar Formulario	N/A
Erythromycin Base Tablet Delayed Release 250 MG Oral	NF	3	Mejorar Formulario	N/A
Erythromycin Base Tablet Delayed Release 333 MG Oral	NF	3	Mejorar Formulario	N/A
Erythromycin Base Tablet Delayed Release 500 MG Oral	NF	3	Mejorar Formulario	N/A
Febuxostat Tablet 40 MG Oral	NF	3 + ST1	Mejorar Formulario	N/A
Febuxostat Tablet 80 MG Oral	NF	3 + ST1	Mejorar Formulario	N/A
Jolivette Tablet 0.35 MG Oral	1	NF	Eliminación Requerida de CMS	N/A
Metaproterenol Sulfate Tablet 10 MG Oral	4	NF	Eliminación Requerida de CMS	N/A
Metaproterenol Sulfate Tablet 20 MG Oral	4	NF	Eliminación Requerida de CMS	N/A
MonoNessa Tablet 0.25-35 MG-MCG Oral	1	NF	Eliminación Requerida de CMS	N/A
Morphine Sulfate SOLUTION 2 MG/ML Injection	4 + BvD	NF	Eliminación Requerida de CMS	N/A
Morphine Sulfate SOLUTION 5 MG/ML INJECTION	2	NF	Eliminación Requerida de CMS	N/A
Nubega Tablet 300 MG Oral	NF	5 + PA2 + LA	Mejorar Formulario	N/A
Pregabalin Capsule 100 MG Oral	NF	3 + QL 120	Mejorar Formulario	N/A
Pregabalin Capsule 150 MG Oral	NF	3 + QL 120	Mejorar Formulario	N/A
Pregabalin Capsule 200 MG Oral	NF	3 + QL 120	Mejorar Formulario	N/A
Pregabalin Capsule 225 MG Oral	NF	3 + QL 120	Mejorar Formulario	N/A
Pregabalin Capsule 25 MG Oral	NF	3 + QL 120	Mejorar Formulario	N/A
Pregabalin Capsule 300 MG Oral	NF	3 + QL 60	Mejorar Formulario	N/A
Pregabalin Capsule 50 MG Oral	NF	3 + QL 120	Mejorar Formulario	N/A
Pregabalin Capsule 75 MG Oral	NF	3 + QL 120	Mejorar Formulario	N/A
Pregabalin Solution 20 MG/ML Oral	NF	3 + QL 900	Mejorar Formulario	N/A

Formulario de identificación: 19563 Versión: 15

Última actualización: 02/10/2019

Fecha efectiva: 01/11/2019

Y0110_PH_SP_RXFormularyAdd_NM 01/10/2017

BvD – Este medicamento puede cubrirse bajo Medicare Parte B o D dependiendo de las circunstancias; **NF** – No-Formulario; **PA** – Autorización Previa; **QL** – Límites de cantidad, límite de suministro de 30 días, a menos que se especifique lo contrario; **ST** – Terapia Escalonada; **LA** – Acceso Limitado (Ésta prescripción pudiera estar disponible sólo en algunas farmacias).

CAMBIOS EN FORMULARIO 2019				
Nombre del Medicamento	Nivel Corriente de Medicamento	Nivel Nuevo de Medicamento	Razón de Cambio	Medicamento Alternativo, Nivel de Medicamento Alternativo
Symdeko Tablet Therapy Pack 50-75 & 75 MG Oral	NF	5 + PA1 + LA	Mejorar Formulario	N/A
TOLAZamide Tablet 250 MG Oral	2	NF	Eliminación Requerida de CMS	N/A
TOLAZamide Tablet 500 MG Oral	2	NF	Eliminación Requerida de CMS	N/A
Turalio Capsule 200 MG Oral	NF	5 + QL 120 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Xpovio (100 MG Once Weekly) Tablet Therapy Pack 20 MG Oral	NF	5 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Xpovio (60 MG Once Weekly) Tablet Therapy Pack 20 MG Oral	NF	5 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Xpovio (80 MG Once Weekly) Tablet Therapy Pack 20 MG Oral	NF	5 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Xpovio (80 MG Twice Weekly) Tablet Therapy Pack 20 MG Oral	NF	5 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
FECHA EFECTIVA 01/11/2019				
Corlanor Solution 5 MG/5ML Oral	NF	4 + QL 450 + PA1	Mejorar Formulario	N/A
Enbrel Mini Solution Cartridge 50 MG/ML Subcutaneous	NF	5 + PA1	Mejorar Formulario	N/A
Inrebic Capsule 100 MG Oral	NF	5 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Soliqua Solution Pen-injector 100-33 UNT-MCG/ML Subcutaneous	3 + QL 18 + ST1	3 + QL 18	Mejorar Formulario	N/A
Theophylline ER Tablet Extended Release 12 Hour 100 MG Oral	1	NF	Eliminación Requerida de CMS	N/A
Theophylline ER Tablet Extended Release 12 Hour 200 MG Oral	1	NF	Eliminación Requerida de CMS	N/A
Xultophy Solution Pen-injector 100-3.6 UNIT-MG/ML Subcutaneous	3 + QL 15 + ST1	3 + QL 15	Mejorar Formulario	N/A

Formulario de identificación: 19563 Versión: 15

Última actualización: 02/10/2019

Fecha efectiva: 01/11/2019

Y0110_PH_SP_RXFormularyAdd_NM 01/10/2017