



Memorial Hermann Advantage HMO
Julio 2020
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 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 2020, y periódicamente durante el año.

Memorial Hermann Advantage HMO es proporcionado por Memorial Hermann 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 2020				
Nombre del Medicamento	Nivel Corriente de Medicamento	Nivel Nuevo de Medicamento	Razón de Cambio	Medicamento Alterno, Nivel de Medicamento Alterno
FECHA EFECTIVA 01/01/2020				
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
Auryxia TABLET 1 GM 210 MG(Fe) ORAL	4 + PA1	3 + PA1	Mejorar Formulario	N/A
Avonex Kit 30 MCG Intramuscular	5 + PA2	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Cefixime Capsule 400 MG Oral	NF	2	Mejorar Formulario	N/A
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
Erythromycin Base Tablet Delayed Release 250 MG Oral	NF	2	Mejorar Formulario	N/A
Erythromycin Base Tablet Delayed Release 333 MG Oral	NF	2	Mejorar Formulario	N/A
Erythromycin Base Tablet Delayed Release 500 MG Oral	NF	2	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
Ferriprox Tablet 1000 MG Oral	NF	5 + PA1 + LA	Mejorar Formulario	N/A

Formulario de identificación: 20205 Versión: 14

Última actualización: 08/06/2020

Fecha efectiva: 01/07/2020

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 2020				
Nombre del Medicamento	Nivel Corriente de Medicamento	Nivel Nuevo de Medicamento	Razón de Cambio	Medicamento Alternativo, Nivel de Medicamento Alternativo
Fluticasone-Salmeterol Aerosol Powder Breath Activated 100-50 MCG/DOSE Inhalation	NF	2	Mejorar Formulario	N/A
Fluticasone-Salmeterol Aerosol Powder Breath Activated 250-50 MCG/DOSE Inhalation	NF	2	Mejorar Formulario	N/A
Fluticasone-Salmeterol Aerosol Powder Breath Activated 500-50 MCG/DOSE Inhalation	NF	2	Mejorar Formulario	N/A
Inrebic Capsule 100 MG Oral	NF	5 + PA2	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
Neupro Patch 24 Hour 1 MG/24HR Transdermal	4 + ST1	4	Mejorar Formulario	N/A
Neupro Patch 24 Hour 2 MG/24HR Transdermal	4 + ST1	4	Mejorar Formulario	N/A
Neupro Patch 24 Hour 3 MG/24HR Transdermal	4 + ST1	4	Mejorar Formulario	N/A
Neupro Patch 24 Hour 4 MG/24HR Transdermal	4 + ST1	4	Mejorar Formulario	N/A

Formulario de identificación: 20205 Versión: 14

Última actualización: 08/06/2020

Fecha efectiva: 01/07/2020

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 2020				
Nombre del Medicamento	Nivel Corriente de Medicamento	Nivel Nuevo de Medicamento	Razón de Cambio	Medicamento Alternativo, Nivel de Medicamento Alternativo
Neupro Patch 24 Hour 6 MG/24HR Transdermal	4 + ST1	4	Mejorar Formulario	N/A
Neupro Patch 24 Hour 8 MG/24HR Transdermal	4 + ST1	4	Mejorar Formulario	N/A
Nubeqa Tablet 300 MG Oral	NF	5 + QL 120 + PA2 + LA	Mejorar Formulario	N/A
Posaconazole Tablet Delayed Release 100 MG Oral	NF	4 + PA1	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
Rozlytrek Capsule 100 MG Oral	NF	5 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Rozlytrek Capsule 200 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
Symdeko Tablet Therapy Pack 50-75 & 75 MG Oral	NF	5 + PA1 + LA1	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
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

Formulario de identificación: 20205 Versión: 14

Última actualización: 08/06/2020

Fecha efectiva: 01/07/2020

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 2020				
Nombre del Medicamento	Nivel Corriente de Medicamento	Nivel Nuevo de Medicamento	Razón de Cambio	Medicamento Alternativo, Nivel de Medicamento Alternativo
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
Xultophy Solution Pen-injector 100-3.6 UNIT-MG/ML Subcutaneous	3 + QL 15 + ST1	3 + QL 15	Mejorar Formulario	N/A
FECHA EFECTIVA 02/01/2020				
Ciprofloxacin-Fluocinolone PF Solution 0.3-0.025 % Otic	NF	3	Mejorar Formulario	N/A
Deferasirox Tablet 360 MG Oral	NF	5 + PA1	Mejorar Formulario	N/A
Deferasirox Tablet 90 MG Oral	NF	5 + PA1	Mejorar Formulario	N/A
Delyla TABLET 0.1-20 MG-MCG ORAL	1	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Dextrose-NaCl SOLUTION 5-0.33 % Intravenous	2 + BvD	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Diclofenac Sodium Gel 3 % Transdermal	4 + QL 300/365 + PA1	4 + PA1	Mejorar Formulario	N/A
Drizalma Sprinkle Capsule Delayed Release Sprinkle 20 MG Oral	NF	4 + QL 60	Mejorar Formulario	N/A
Drizalma Sprinkle Capsule Delayed Release Sprinkle 30 MG Oral	NF	4 + QL 60	Mejorar Formulario	N/A
Drizalma Sprinkle Capsule Delayed Release Sprinkle 40 MG Oral	NF	4 + QL 60	Mejorar Formulario	N/A

Formulario de identificación: 20205 Versión: 14

Última actualización: 08/06/2020

Fecha efectiva: 01/07/2020

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 2020				
Nombre del Medicamento	Nivel Corriente de Medicamento	Nivel Nuevo de Medicamento	Razón de Cambio	Medicamento Alterno, Nivel de Medicamento Alterno
Drizalma Sprinkle Capsule Delayed Release Sprinkle 60 MG Oral	NF	4 + QL 60	Mejorar Formulario	N/A
Fiasp PenFill Solution Cartridge 100 UNIT/ML Subcutaneous	NF	3	Mejorar Formulario	N/A
Firazyr Solution 30 MG/3ML Subcutaneous	5 + PA1	5	Mejorar Formulario	N/A
GaviLyte-G SOLUTION RECONSTITUTED 236 GM ORAL	2	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Imvexxy Maintenance Pack Insert 10 MCG Vaginal	NF	4	Mejorar Formulario	N/A
Imvexxy Maintenance Pack Insert 4 MCG Vaginal	NF	4	Mejorar Formulario	N/A
Imvexxy Starter Pack Insert 10 MCG Vaginal	NF	4	Mejorar Formulario	N/A
Imvexxy Starter Pack Insert 4 MCG Vaginal	NF	4	Mejorar Formulario	N/A
Katerzia Suspension 1 MG/ML Oral	NF	4	Mejorar Formulario	N/A
KCl in Dextrose-NaCl Solution 20-5-0.33 MEQ/L-%-% Intravenous	2 + BvD	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Lopreeza Tablet 1-0.5 MG Oral	NF	4	Mejorar Formulario	N/A
Methyclothiazide Tablet 5 MG Oral	1	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Methylphenidate HCl ER Tablet Extended Release 27 MG Oral	NF	2	Mejorar Formulario	N/A
Methylphenidate HCl ER Tablet Extended Release 36 MG Oral	NF	2	Mejorar Formulario	N/A
Methylphenidate HCl ER Tablet Extended Release 54 MG Oral	NF	2	Mejorar Formulario	N/A
Metoprolol Tartrate Tablet 37.5 MG Oral	NF	1	Mejorar Formulario	N/A

Formulario de identificación: 20205 Versión: 14

Última actualización: 08/06/2020

Fecha efectiva: 01/07/2020

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 2020				
Nombre del Medicamento	Nivel Corriente de Medicamento	Nivel Nuevo de Medicamento	Razón de Cambio	Medicamento Alternativo, Nivel de Medicamento Alternativo
Metoprolol Tartrate Tablet 75 MG Oral	NF	1	Mejorar Formulario	N/A
Mimvey Lo TABLET 0.5-0.1 MG ORAL	4	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Nadolol-Bendroflumethiazide Tablet 40-5 MG Oral	2	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Nayzilam Solution 5 MG/0.1ML Nasal	NF	4	Mejorar Formulario	N/A
Norlyroc TABLET 0.35 MG ORAL	2	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Oxervate Solution 0.002 % Ophthalmic	5 + PA1	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Promethazine HCl SUPPOSITORY 50 MG Rectal	4	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Rebetol Solution 40 MG/ML Oral	5	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Ribasphere CAPSULE 200 MG ORAL	3	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Ribasphere RibaPak Tablet 600 MG Oral	5	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Ribasphere RibaPak Tablet Therapy Pack 400 & 600 MG Oral	5	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Ribasphere Tablet 600 MG Oral	5	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Sodium Polystyrene Sulfonate SUSPENSION 15 GM/60ML ORAL	NF	2	Mejorar Formulario	N/A
Thyrolar-1 Tablet 60 (12.5-50) MG (MCG) Oral	2	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Thyrolar-1/2 Tablet 30 (6.25-25) MG (MCG) Oral	2	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A

Formulario de identificación: 20205 Versión: 14

Última actualización: 08/06/2020

Fecha efectiva: 01/07/2020

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 2020				
Nombre del Medicamento	Nivel Corriente de Medicamento	Nivel Nuevo de Medicamento	Razón de Cambio	Medicamento Alternativo, Nivel de Medicamento Alternativo
Thyrolar-1/4 Tablet 15 (3.1-12.5) MG (MCG) Oral	2	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Thyrolar-2 Tablet 120 (25-100) MG (MCG) Oral	2	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Thyrolar-3 Tablet 180 (37.5-150) MG (MCG) Oral	2	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Tiadyt ER Capsule Extended Release 24 Hour 360 MG Oral	NF	2	Mejorar Formulario	N/A
Trelegy Ellipta Aerosol Powder Breath Activated 100-62.5-25 MCG/INH Inhalation	3 + ST1	3	Mejorar Formulario	N/A
Trikafta Tablet Therapy Pack 100-50-75 & 150 MG Oral	NF	5 + PA1	Mejorar Formulario	N/A
Twinrix Suspension Prefilled Syringe 720-20 ELU-MCG/ML Intramuscular	3 + BvD	3	Mejorar Formulario	N/A
Vyndamax Capsule 61 MG Oral	NF	5 + QL 30 + PA1	Mejorar Formulario	N/A
Zykadia CAPSULE 150 MG ORAL	5 + PA2	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
FECHA EFECTIVA 03/01/2020				
Brukina Capsule 80 MG Oral	NF	5 + QL 120 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Ciprofloxacin SUSPENSION RECONSTITUTED 500 MG/5ML (10%) ORAL	2	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Esbriet Tablet 267 MG Oral	5 + PA1	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Everolimus Tablet 2.5 MG Oral	NF	5 + QL 30 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Everolimus Tablet 5 MG Oral	NF	5 + QL 30 + PA2	Mejorar Formulario	N/A

Formulario de identificación: 20205 Versión: 14

Última actualización: 08/06/2020

Fecha efectiva: 01/07/2020

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 2020				
Nombre del Medicamento	Nivel Corriente de Medicamento	Nivel Nuevo de Medicamento	Razón de Cambio	Medicamento Alterno, Nivel de Medicamento Alterno
Everolimus Tablet 7.5 MG Oral	NF	5 + QL 30 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Isosorbide Dinitrate ER Tablet Extended Release 40 MG Oral	2	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Jadenu Tablet 360 MG Oral	5 + PA1	NF	Actualización del formulario	deferasirox tablet 360 mg oral, 5 + PA1
Jadenu Tablet 90 MG Oral	5 + PA1	NF	Actualización del formulario	deferasirox tablet 90 mg oral, 5 + PA1
Lyrica Capsule 100 MG Oral	3 + QL 120	NF	Actualización del formulario	pregabalin capsule 100 mg oral, 3 + QL 120
Lyrica Capsule 150 MG Oral	3 + QL 120	NF	Actualización del formulario	pregabalin capsule 150 mg oral, 3 + QL 120
Lyrica Capsule 200 MG Oral	3 + QL 120	NF	Actualización del formulario	pregabalin capsule 200 mg oral, 3 + QL 120
Lyrica Capsule 225 MG Oral	3 + QL 120	NF	Actualización del formulario	pregabalin capsule 225 mg oral, 3 + QL 120
Lyrica Capsule 25 MG Oral	3 + QL 120	NF	Actualización del formulario	pregabalin capsule 25 mg oral, 3 + QL 120

Formulario de identificación: 20205 Versión: 14

Última actualización: 08/06/2020

Fecha efectiva: 01/07/2020

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 2020				
Nombre del Medicamento	Nivel Corriente de Medicamento	Nivel Nuevo de Medicamento	Razón de Cambio	Medicamento Alterno, Nivel de Medicamento Alterno
Lyrica Capsule 300 MG Oral	3 + QL 60	NF	Actualización del formulario	pregabalin capsule 300 mg oral, 3 + QL 60
Lyrica Capsule 50 MG Oral	3 + QL 120	NF	Actualización del formulario	pregabalin capsule 50 mg oral, 3 + QL 120
Lyrica Capsule 75 MG Oral	3 + QL 120	NF	Actualización del formulario	pregabalin capsule 75 mg oral, 3 + QL 120
Lyrica Solution 20 MG/ML Oral	3 + QL 900	NF	Actualización del formulario	pregabalin solution 20 mg/ml oral, 3 + QL 900
Mesalamine ER Capsule Extended Release 24 Hour 0.375 GM Oral	NF	3	Mejorar Formulario	N/A
Methylphenidate HCl ER Tablet Extended Release 24 Hour 18 MG Oral	NF	2	Mejorar Formulario	N/A
Noxafil Tablet Delayed Release 100 MG Oral	5 + PA1	NF	Actualización del formulario	posaconazole tablet delayed release 100 mg oral, 4 + PA1
Pentamidine Isethionate Solution Reconstituted 300 MG Inhalation	NF	3 + BvD	Mejorar Formulario	N/A
Pentamidine Isethionate Solution Reconstituted 300 MG Injection	NF	4 + BvD	Mejorar Formulario	N/A
Repaglinide-metFORMIN HCl Tablet 1-500 MG Oral	2	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A

Formulario de identificación: 20205 Versión: 14

Última actualización: 08/06/2020

Fecha efectiva: 01/07/2020

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 2020				
Nombre del Medicamento	Nivel Corriente de Medicamento	Nivel Nuevo de Medicamento	Razón de Cambio	Medicamento Alterno, Nivel de Medicamento Alterno
Repaglinide-metFORMIN HCl Tablet 2-500 MG Oral	2	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Sucralfate Suspension 1 GM/10ML Oral	NF	4	Mejorar Formulario	N/A
Suprax Capsule 400 MG Oral	3	NF	Actualización del formulario	cefixime capsule 400 mg oral, 2
Travoprost (BAK Free) Solution 0.004 % Ophthalmic	NF	3 + QL 2.5/20	Mejorar Formulario	N/A
Uloric Tablet 40 MG Oral	3 + ST1	NF	Actualización del formulario	febuxostat tablet 40 mg oral, 3 + ST1
Uloric Tablet 80 MG Oral	3 + ST1	NF	Actualización del formulario	febuxostat tablet 80 mg oral, 3 + ST1
FECHA EFECTIVA 04/01/2020				
Afinitor Tablet 2.5 MG Oral	5 + QL 30 + PA2	NF	Actualización del formulario	everolimus tablet 2.5 mg oral, 5 + QL 30 + PA2
Afinitor Tablet 5 MG Oral	5 + QL 30 + PA2	NF	Actualización del formulario	everolimus tablet 5 mg oral, 5 + QL 30 + PA2
Afinitor Tablet 7.5 MG Oral	5 + QL 30 + PA2	NF	Actualización del formulario	everolimus tablet 7.5 mg oral, 5 + QL 30 + PA2

Formulario de identificación: 20205 Versión: 14

Última actualización: 08/06/2020

Fecha efectiva: 01/07/2020

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 2020				
Nombre del Medicamento	Nivel Corriente de Medicamento	Nivel Nuevo de Medicamento	Razón de Cambio	Medicamento Alterno, Nivel de Medicamento Alterno
Apriso Capsule Extended Release 24 Hour 0.375 GM Oral	3	NF	Actualización del formulario	mesalamine er capsule extended release 24 hour 0.375 gm oral, 3
Ayvakit Tablet 100 MG Oral	NF	5 + QL 30 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Ayvakit Tablet 200 MG Oral	NF	5 + QL 30 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Ayvakit Tablet 300 MG Oral	NF	5 + QL 30 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Carafate Suspension 1 GM/10ML Oral	4	NF	Actualización del formulario	sucralfate suspension 1 gm/10ml oral, 4
Colocort ENEMA 100 MG/60ML Rectal	2	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Dextroamphetamine Sulfate Solution 5 MG/5ML Oral	NF	2	Mejorar Formulario	N/A
Euthyrox Tablet 100 MCG Oral	NF	1	Mejorar Formulario	N/A
Euthyrox Tablet 112 MCG Oral	NF	1	Mejorar Formulario	N/A
Euthyrox Tablet 125 MCG Oral	NF	1	Mejorar Formulario	N/A
Euthyrox Tablet 137 MCG Oral	NF	1	Mejorar Formulario	N/A
Euthyrox Tablet 150 MCG Oral	NF	1	Mejorar Formulario	N/A
Euthyrox Tablet 175 MCG Oral	NF	1	Mejorar Formulario	N/A
Euthyrox Tablet 200 MCG Oral	NF	1	Mejorar Formulario	N/A
Euthyrox Tablet 25 MCG Oral	NF	1	Mejorar Formulario	N/A
Euthyrox Tablet 50 MCG Oral	NF	1	Mejorar Formulario	N/A
Euthyrox Tablet 75 MCG Oral	NF	1	Mejorar Formulario	N/A
Euthyrox Tablet 88 MCG Oral	NF	1	Mejorar Formulario	N/A
Fenofibric Acid Tablet 105 MG Oral	1	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A

Formulario de identificación: 20205 Versión: 14

Última actualización: 08/06/2020

Fecha efectiva: 01/07/2020

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 2020				
Nombre del Medicamento	Nivel Corriente de Medicamento	Nivel Nuevo de Medicamento	Razón de Cambio	Medicamento Alternativo, Nivel de Medicamento Alternativo
Fenofibric Acid Tablet 35 MG Oral	1	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Fluoroplex Cream 1 % External	NF	4	Mejorar Formulario	N/A
Humira Pediatric Crohns Start 40 MG/0.8ML Subcutaneous (6 PACK)	5 + PA1	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Humira Pediatric Crohns Start Prefilled Syringe Kit 40 MG/0.8ML Subcutaneous	5 + PA1	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Insulin Asp Prot & Asp FlexPen Suspension Pen-Injector (70-30) 100 UNIT/ML Subcutaneous	NF	3	Mejorar Formulario	N/A
Insulin Aspart FlexPen Solution Pen-Injector 100 UNIT/ML Subcutaneous	NF	3	Mejorar Formulario	N/A
Insulin Aspart PenFill Solution Cartridge 100 UNIT/ML Subcutaneous	NF	3	Mejorar Formulario	N/A
Insulin Aspart Prot & Aspart Suspension (70-30) 100 UNIT/ML Subcutaneous	NF	3	Mejorar Formulario	N/A
Insulin Aspart Solution 100 UNIT/ML Subcutaneous	NF	3	Mejorar Formulario	N/A
Klor-Con Sprinkle Capsule Extended Release 8 MEQ Oral	3	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Nebupent Solution Reconstituted 300 MG Inhalation	3 + BvD	NF	Actualización del formulario	pentamidine isethionate solution reconstituted 300 mg inhalation, 3 + BvD

Formulario de identificación: 20205 Versión: 14

Última actualización: 08/06/2020

Fecha efectiva: 01/07/2020

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 2020				
Nombre del Medicamento	Nivel Corriente de Medicamento	Nivel Nuevo de Medicamento	Razón de Cambio	Medicamento Alterno, Nivel de Medicamento Alterno
Norethin Ace-Eth Estrad-FE Tablet 1-20 MG-MCG(24) Oral	2	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
PEG 3350/Electrolytes Solution Reconstituted 240 GM Oral	1	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
penicillAMINE Tablet 250 MG Oral	NF	4 + PA1	Mejorar Formulario	N/A
Pentam Solution Reconstituted 300 MG Injection	4 + BvD	NF	Actualización del formulario	pentamidine isethionate solution reconstituted 300 mg injection, 4 + BvD
Premasol Solution 6 % Intravenous	3 + BvD	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Pulmozyme SOLUTION 1 MG/ML INHALATION	5 + PA1	5 + BvD	Mejorar Formulario	N/A
Rybelsus Tablet 14 MG Oral	NF	3 + QL 30	Mejorar Formulario	N/A
Rybelsus Tablet 3 MG Oral	NF	3 + QL 30	Mejorar Formulario	N/A
Rybelsus Tablet 7 MG Oral	NF	3 + QL 30	Mejorar Formulario	N/A
Sodium Lactate Solution 5 MEQ/ML Intravenous	2 + BvD	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Sylatron KIT 600 MCG Subcutaneous	5 + PA2	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
TOLBUTamide Tablet 500 MG Oral	1	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
traMADol HCl Tablet 100 MG Oral	NF	1 + QL 120	Mejorar Formulario	N/A
Travatan Z Solution 0.004 % Ophthalmic	3 + QL 2.5/20	NF	Actualización del formulario	travoprost (bak free) solution 0.004 % ophthalmic, 3 + QL 2.5/20

Formulario de identificación: 20205 Versión: 14

Última actualización: 08/06/2020

Fecha efectiva: 01/07/2020

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 2020				
Nombre del Medicamento	Nivel Corriente de Medicamento	Nivel Nuevo de Medicamento	Razón de Cambio	Medicamento Alternativo, Nivel de Medicamento Alternativo
Xeljanz XR Tablet Extended Release 24 Hour 22 MG Oral	NF	5 + PA1	Mejorar Formulario	N/A
FECHA EFECTIVA 05/01/2020				
Alendronate Sodium Tablet 40 MG Oral	1	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Alendronate Sodium Tablet 5 MG Oral	1	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
AVC Vaginal Cream 15 % Vaginal	2	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Chlorothiazide Tablet 250 MG Oral	1	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Chlorothiazide Tablet 500 MG Oral	1	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Depen Titratabs Tablet 250 MG Oral	5 + PA1	NF	Actualización del formulario	penicillamine tablet 250 mg oral, 4 + PA1
Farydak Capsule 15 MG Oral	5 + PA2	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Flurbiprofen TABLET 50 MG ORAL	1	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
HYDROmorphone HCl Solution 2 MG/ML Injection	2	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Ionosol-MB in D5W Solution Intravenous	3 + BvD	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Riomet ER Suspension Reconstituted ER 500 MG/5ML Oral	NF	4	Mejorar Formulario	N/A
Secuado Patch 24 Hour 3.8 MG/24HR Transdermal	NF	5	Mejorar Formulario	N/A
Secuado Patch 24 Hour 5.7 MG/24HR Transdermal	NF	5	Mejorar Formulario	N/A

Formulario de identificación: 20205 Versión: 14

Última actualización: 08/06/2020

Fecha efectiva: 01/07/2020

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 2020				
Nombre del Medicamento	Nivel Corriente de Medicamento	Nivel Nuevo de Medicamento	Razón de Cambio	Medicamento Alterno, Nivel de Medicamento Alterno
Secuado Patch 24 Hour 7.6 MG/24HR Transdermal	NF	5	Mejorar Formulario	N/A
Tazverik Tablet 200 MG Oral	NF	5 + QL 240 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Tiadylt ER Capsule Extended Release 24 Hour 120 MG Oral	NF	2	Mejorar Formulario	N/A
Tiadylt ER Capsule Extended Release 24 Hour 180 MG Oral	NF	2	Mejorar Formulario	N/A
Tiadylt ER Capsule Extended Release 24 Hour 240 MG Oral	NF	2	Mejorar Formulario	N/A
Tiadylt ER Capsule Extended Release 24 Hour 300 MG Oral	NF	2	Mejorar Formulario	N/A
Tiadylt ER Capsule Extended Release 24 Hour 420 MG Oral	NF	2	Mejorar Formulario	N/A
Valtoco 10 MG Dose Liquid 10 MG/0.1ML Nasal	NF	4	Mejorar Formulario	N/A
Valtoco 15 MG Dose Liquid Therapy Pack 7.5 MG/0.1ML Nasal	NF	4	Mejorar Formulario	N/A
Valtoco 20 MG Dose Liquid Therapy Pack 10 MG/0.1ML Nasal	NF	4	Mejorar Formulario	N/A
Valtoco 5 MG Dose Liquid 5 MG/0.1ML Nasal	NF	4	Mejorar Formulario	N/A
FECHA EFECTIVA 06/01/2020				
Advair Diskus Aerosol Powder Breath Activated 100-50 MCG/DOSE Inhalation	3	2	Mejorar Formulario	N/A
Advair Diskus Aerosol Powder Breath Activated 250-50 MCG/DOSE Inhalation	3	2	Mejorar Formulario	N/A

Formulario de identificación: 20205 Versión: 14

Última actualización: 08/06/2020

Fecha efectiva: 01/07/2020

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 2020				
Nombre del Medicamento	Nivel Corriente de Medicamento	Nivel Nuevo de Medicamento	Razón de Cambio	Medicamento Alternativo, Nivel de Medicamento Alternativo
Advair Diskus Aerosol Powder Breath Activated 500-50 MCG/DOSE Inhalation	3	2	Mejorar Formulario	N/A
Caplyta Capsule 42 MG Oral	NF	5	Mejorar Formulario	N/A
Clovique Capsule 250 MG Oral	NF	5 + PA1	Mejorar Formulario	N/A
Codeine Sulfate Tablet 15 MG Oral	NF	1	Mejorar Formulario	N/A
Eprosartan Mesylate Tablet 600 MG Oral	2	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Everolimus Tablet 0.25 MG Oral	NF	4 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Everolimus Tablet 0.5 MG Oral	NF	5 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Everolimus Tablet 0.75 MG Oral	NF	5 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Ibrance Tablet 100 MG Oral	NF	5 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Ibrance Tablet 125 MG Oral	NF	5 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Ibrance Tablet 75 MG Oral	NF	5 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Ketoprofen Capsule 50 MG Oral	NF	2	Mejorar Formulario	N/A
Ketoprofen Capsule 75 MG Oral	NF	2	Mejorar Formulario	N/A
NovoLIN 70/30 FlexPen Suspension Pen-Injector (70-30) 100 UNIT/ML Subcutaneous	NF	3	Mejorar Formulario	N/A
NovoLIN N FlexPen Suspension Pen-Injector 100 UNIT/ML Subcutaneous	NF	3	Mejorar Formulario	N/A
NovoLIN R FlexPen Suspension Pen-Injector 100 UNIT/ML Subcutaneous	NF	3	Mejorar Formulario	N/A
Plaquenil Tablet 200 MG Oral	NF	3	Mejorar Formulario	N/A
Ranitidine HCl Capsule 150 MG Oral	1	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Ranitidine HCl Capsule 300 MG Oral	1	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Ranitidine HCl Syrup 75 MG/5ML Oral	2	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A

Formulario de identificación: 20205 Versión: 14

Última actualización: 08/06/2020

Fecha efectiva: 01/07/2020

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 2020				
Nombre del Medicamento	Nivel Corriente de Medicamento	Nivel Nuevo de Medicamento	Razón de Cambio	Medicamento Alternativo, Nivel de Medicamento Alternativo
Ranitidine HCl Tablet 150 MG Oral	1	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
ranITidine HCl Tablet 300 MG Oral	1	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Rescriptor Tablet 200 MG Oral	3	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Terbinafine HCl Tablet 250 MG Oral	1 + QL 84/168	1	Mejorar Formulario	N/A
FECHA EFECTIVA 07/01/2020				
Androderm Patch 24 Hour 2 MG/24HR Transdermal	3 + PA2	3	Mejorar Formulario	N/A
Androderm Patch 24 Hour 4 MG/24HR Transdermal	3 + PA2	3	Mejorar Formulario	N/A
Asmanex HFA Aerosol 50 MCG/ACT Inhalation	NF	3	Mejorar Formulario	N/A
Diazoxide Suspension 50 MG/ML Oral	NF	4	Mejorar Formulario	N/A
Haloperidol Decanoate Solution 50 MG/ML Intramuscular(1ML)	NF	1	Mejorar Formulario	N/A
Koselugo Capsule 10 MG Oral	NF	5 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Koselugo Capsule 25 MG Oral	NF	5 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
metFORMIN HCl Solution 500 MG/5ML Oral	NF	4	Mejorar Formulario	N/A
MethylTESTOSTERone Capsule 10 MG Oral	5 + PA2	5	Mejorar Formulario	N/A
Pemazyre Tablet 13.5 MG Oral	NF	5 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Pemazyre Tablet 4.5 MG Oral	NF	5 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Pemazyre Tablet 9 MG Oral	NF	5 + PA2	Mejorar Formulario	N/A
Prolia Solution Prefilled Syringe 60 MG/ML Subcutaneous	4 + ST1	4	Mejorar Formulario	N/A
Promacta Packet 25 MG Oral	NF	5 + QL 180 + PA1	Mejorar Formulario	N/A

Formulario de identificación: 20205 Versión: 14

Última actualización: 08/06/2020

Fecha efectiva: 01/07/2020

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 2020				
Nombre del Medicamento	Nivel Corriente de Medicamento	Nivel Nuevo de Medicamento	Razón de Cambio	Medicamento Alterno, Nivel de Medicamento Alterno
Sunosi Tablet 150 MG Oral	NF	4 + QL 30 + PA1	Mejorar Formulario	N/A
Sunosi Tablet 75 MG Oral	NF	4 + QL 30 + PA1	Mejorar Formulario	N/A
Testosterone Cypionate Solution 100 MG/ML Intramuscular	2 + PA2	2	Mejorar Formulario	N/A
Testosterone Cypionate Solution 200 MG/ML Intramuscular	2 + PA2	2	Mejorar Formulario	N/A
Testosterone Cypionate Solution 200 MG/ML Intramuscular (1 ML)	2 + PA2	2	Mejorar Formulario	N/A
Testosterone Enanthate Solution 200 MG/ML Intramuscular	2 + PA2	2	Mejorar Formulario	N/A
Testosterone Gel 10 MG/ACT (2%) Transdermal	2 + PA2	2	Mejorar Formulario	N/A
Testosterone Gel 12.5 MG/ACT (1%) Transdermal	2 + PA2	2	Mejorar Formulario	N/A
Testosterone Gel 20.25 MG/1.25GM (1.62%) Transdermal	3 + PA2	3	Mejorar Formulario	N/A
Testosterone Gel 20.25 MG/ACT (1.62%) Transdermal	3 + PA2	3	Mejorar Formulario	N/A
Testosterone Gel 25 MG/2.5GM (1%) Transdermal	3 + PA2	3	Mejorar Formulario	N/A
Testosterone Gel 40.5 MG/2.5GM (1.62%) Transdermal	3 + PA2	3	Mejorar Formulario	N/A
Testosterone Gel 50 MG/5GM (1%) Transdermal	2 + PA2	2	Mejorar Formulario	N/A
Testosterone Solution 30 MG/ACT Transdermal	3 + PA2	3	Mejorar Formulario	N/A
Videx EC Capsule Delayed Release 125 MG Oral	4	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A

Formulario de identificación: 20205 Versión: 14

Última actualización: 08/06/2020

Fecha efectiva: 01/07/2020

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 2020				
Nombre del Medicamento	Nivel Corriente de Medicamento	Nivel Nuevo de Medicamento	Razón de Cambio	Medicamento Alterno, Nivel de Medicamento Alterno
Videx Solution Reconstituted 2 GM Oral	4	NF	Eliminación requerida de CMS	N/A
Zortress Tablet 0.25 MG Oral	5 + PA2	NF	Actualización del formulario	everolimus tablet 0.25 mg oral, 4 + PA2
Zortress Tablet 0.5 MG Oral	5 + PA2	NF	Actualización del formulario	everolimus tablet 0.5 mg oral, 5 + PA2
Zortress Tablet 0.75 MG Oral	5 + PA2	NF	Actualización del formulario	everolimus tablet 0.75 mg oral, 5 PA2

Formulario de identificación: 20205 Versión: 14

Última actualización: 08/06/2020

Fecha efectiva: 01/07/2020

Y0110_PH_SP_RXFormularyAdd_NM 01/10/2017