



## Adiciones y eliminaciones del formulario de medicamentos hasta la fecha en 2017

Revised 1º de Junio del 2017

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](http://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.

### Esta tabla muestra los medicamentos que han sido eliminados del formulario de medicamentos 2017 de Health Choice Generations

Nombre del medicamento	Descripción del cambio	Medicamento Alternativo*	Nivel de medicamento alternativo	Fecha de entrada en vigencia
8-MOP CAP 10MG	Eliminación de CMS	methoxsalen rapid oral capsule 10mg	Nivel 1	1º de Marzo del 2017
Amethyst Tab 90-20mcg	Eliminación de CMS	Levonorgest-ethinyl estradiol oral tablet 90-20mcg	Nivel 1	1º de Junio del 2017
Amifostine SOL 500 MG IV	Eliminación de CMS	Agentes quimioterapicos del formulario	Nivel 1	1º de Abril del 2017
Azilect TAB 0.5 MG	Sustitución de la marca del nombre del medicamento	rasagiline mes tab 0.5 mg	Nivel 1	1º de Mayo del 2017
Azilect TAB 1 MG	Sustitución de la marca del nombre del medicamento	rasagiline mes tab 1 mg	Nivel 1	1º de Mayo del 2017

410 N. 44<sup>th</sup> Street, Suite 510, Phoenix, AZ 85008  
Toll-Free: 800-656-8991 | TTY 711 | [HealthChoiceGenerations.com](http://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 2017**

Revised 1º de Junio del 2017

Nombre del medicamento	Descripción del cambio	Medicamento Alternativo*	Nivel de medicamento alternativo	Fecha de entrada en vigencia
Azor TAB 10-20 MG	Sustitución de la marca del nombre del medicamento	amlodipine-olmesartan tab 10-20 mg	Nivel 1	1º de Mayo del 2017
Azor TAB 10-40 MG	Sustitución de la marca del nombre del medicamento	amlodipine-olmesartan tab 10-40 mg	Nivel 1	1º de Mayo del 2017
Azor TAB 5-20 MG	Sustitución de la marca del nombre del medicamento	amlodipine-olmesartan tab 5-20 mg	Nivel 1	1º de Mayo del 2017
Azor TAB 5-40 MG	Sustitución de la marca del nombre del medicamento	amlodipine-olmesartan tab 5-40 mg	Nivel 1	1º de Mayo del 2017
Benicar HCT TAB 20-12.5 MG	Sustitución de la marca del nombre del medicamento	olmesartan medoxomil-hctz tab 20-12.5 MG	Nivel 1	1º de Mayo del 2017
Benicar HCT TAB 40-12.5 MG	Sustitución de la marca del nombre del medicamento	olmesartan medoxomil-hctz tab 40-12.5 mg	Nivel 1	1º de Mayo del 2017
Benicar HCT TAB 40-25 MG	Sustitución de la marca del nombre del medicamento	olmesartan medoxomil-hctz tab 40-25 MG	Nivel 1	1º de Mayo del 2017
Benicar TAB 20 MG	Sustitución de la marca del nombre del medicamento	olmesartan medoxomil tab 20 mg	Nivel 1	1º de Mayo del 2017
Benicar TAB 40 MG	Sustitución de la marca del nombre del medicamento	olmesartan medoxomil tab 40 mg	Nivel 1	1º de Mayo del 2017
Benicar TAB 5 MG	Sustitución de la marca del nombre del medicamento	olmesartan medoxomil tab 5 mg	Nivel 1	1º de Mayo del 2017

**410 N. 44<sup>th</sup> 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 2017**

Revised 1º de Junio del 2017

Nombre del medicamento	Descripción del cambio	Medicamento Alternativo*	Nivel de medicamento alternativo	Fecha de entrada en vigencia
BUPROBAN TAB 150MG	Eliminación de CMS	bupropion er tablet 150mg	Nivel 1	1º de Marzo del 2017
CellCept IV SOL 500 MG IV	Sustitución de la marca del nombre del medicamento	mycophenolate mofetil hcl sol 500 mg iv	Nivel 1 + BvD	1º de Mayo del 2017
CERVARIX INJ	Eliminación de CMS	Gardasil	Nivel 1	1º de Marzo del 2017
Cubicin SOL 500 MG IV	Sustitución de la marca del nombre del medicamento	daptomycin sol 500 mg iv	Nivel 1	1º de Mayo del 2017
DOCEFREZ INJ 20MG	Eliminación de CMS	Docetaxel, paclitaxel	Nivel 1, Nivel 1 + BvD	1º de Marzo del 2017
Doxycycline HYC SOL 100 MG IV	Eliminación de CMS	Inyecciones en el formulario y antibioticos orales	Nivel 1	1º de Abril del 2017
Emend CAP 125 MG	Sustitución de la marca del nombre del medicamento	aprepitant cap 125 mg	Nivel 1 + BvD + QL 2	1º de Mayo del 2017
Emend CAP 40 MG	Sustitución de la marca del nombre del medicamento	aprepitant cap 40 mg	Nivel 1 + BvD + QL 1	1º de Mayo del 2017
Emend CAP 80 & 125 MG	Sustitución de la marca del nombre del medicamento	aprepitant cap 80 & 125 mg	Nivel 1 + BvD + QL 12	1º de Mayo del 2017
Emend CAP 80 MG	Sustitución de la marca del nombre del medicamento	aprepitant cap 80 mg	Nivel 1 + BvD + QL 8	1º de Mayo del 2017
EPINEPHrine SOL Auto-INJ 0.15 MG/0.15ML INJ	Eliminación de CMS	EPINEPHRINE INJECTION SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.15 MG/0.3ML	Nivel 1	1º de Mayo del 2017





## Adiciones y eliminaciones del formulario de medicamentos hasta la fecha en 2017

Revised 1º de Junio del 2017

Descripción del cambio	Descripción del cambio	Medicamento Alternativo*	Nivel de medicamento alternativo	Fecha de entrada en vigencia
EPINEPHrine SOL Auto-INJ 0.3 MG/0.3ML INJ	Eliminación de CMS	EPINEPHrine SOL Auto-INJ 0.3 MG/0.3ML INJ	Nivel 1	1º de Mayo del 2017
Epzicom TAB 600-300 MG	Sustitución de la marca del nombre del medicamento	abacavir sul-lamivudine tab 600-300 mg	Nivel 1	1º de Mayo del 2017
ERGOMAR SUB 2MG	Eliminación de CMS	Ergotamine/caf tab, triptan	Nivel 1	1º de Marzo del 2017
GILDESS 24 TAB FE 1/20	Eliminación de CMS	Blisolvi 24 tab Fe 1/20	Nivel 1	1º de Marzo del 2017
GILDESS TAB 1.5/30	Eliminación de CMS	Blisolvi Fe tab 1.5/30	Nivel 1	1º de Marzo del 2017
KALETRA SOL 400/100MG/5ML	Sustitución de la marca del nombre del medicamento	Lopinavir 80mg/ ritonavir 20mg/ml	Nivel 1	1º de Junio del 2017
KETEK TAB 300MG	Eliminación de CMS	azithromycin	Nivel 1	1º de Marzo del 2017
KETEK TAB 400MG	Eliminación de CMS	azithromycin	Nivel 1	1º de Marzo del 2017
MELOXICAM SUS 7.5/5ML	Eliminación de CMS	meloxicam tab 7.5mg, 15mg	Nivel 1	1º de Marzo del 2017
MENEST TAB 2.5MG	Eliminación de CMS	estradiol, Premarin	Nivel 1	1º de Marzo del 2017
Menomune INJECTABLE SUBQ	Eliminación de CMS	Menactra, Menveo	Nivel 1	1º de Abril del 2017
MetFORMIN HCl ER (OSM) TAB ER 24H 1000 MG	Eliminación de CMS	metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg	Nivel 1	1º de Mayo del 2017
Methylphenidate HCl ER (LA) CAP ER 24H 20 MG	Eliminación de CMS	Methylphenidate HCl ER (CD) CAP ER 20 MG	Nivel 1 + QL 90	1º de Abril del 2017
Methylphenidate HCl ER (LA) CAP ER 24H 40 MG	Eliminación de CMS	methylphenidate hcl er (cd) oral capsule extended release 40 mg	Nivel 1 + QL 30	1º de Mayo del 2017

410 N. 44<sup>th</sup> 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 2017

Revised 1º de Junio del 2017

Descripción del cambio	Descripción del cambio	Medicamento Alternativo*	Nivel de medicamento alternativo	Fecha de entrada en vigencia
NAPHAZOLINE SOL 0.1% OP	Eliminación de CMS	azelastine, epinastine, olopatadine	Nivel 1	1º de Marzo del 2017
Necon 1/35 (28) TAB 1-35 MG-MCG	Eliminación de CMS	Alyacen, Cyclofam, Nortrel, Pirmella	Nivel 1	1º de Abril del 2017
NIFEDICAL XL TAB 30MG	Eliminación de CMS	nifedipine ER tab 30mg	Nivel 1	1º de Marzo del 2017
NIFEDICAL XL TAB 60MG	Eliminación de CMS	nifedipine ER tab 60mg	Nivel 1	1º de Marzo del 2017
Nilandron TAB 150 MG	Sustitución de la marca del nombre del medicamento	nilutamide tab 150 MG	Nivel 1	1º de Mayo del 2017
Nitrostat TAB SL 0.3 MG SL	Sustitución de la marca del nombre del medicamento	nitroglycerin tab sl 0.3 mg sl	Nivel 1	1º de Mayo del 2017
Nitrostat TAB SL 0.4 MG SL	Sustitución de la marca del nombre del medicamento	nitroglycerin tab sl 0.4 mg sl	Nivel 1	1º de Mayo del 2017
Nitrostat TAB SL 0.6 MG SL	Sustitución de la marca del nombre del medicamento	nitroglycerin tab sl 0.6 mg sl	Nivel 1	1º de Mayo del 2017
PLASMA-LYTE INJ 56/D5W	Eliminación de CMS	Plasma-Lyte inj 148	Nivel 1	1º de Marzo del 2017
Praluent SOL PFS 150 MG/ML SUBQ	Eliminación de CMS	PRALUENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 150 MG/ML	Nivel 1 + PA	1º de Junio del 2017
RANITIDINE INJ 50MG/2ML	Eliminación de CMS	ranitidine inj 150mg/6mL	Nivel 1	1º de Marzo del 2017
RESERPINE TAB 0.1MG	Eliminación de CMS	formulary anti-hypertensives, haloperidol for psychosis	Nivel 1	1º de Marzo del 2017
RHEUMATREX TAB 2.5MG 4X2	Eliminación de CMS	methotrexate tab 2.5mg	Nivel 1	1º de Marzo del 2017

410 N. 44<sup>th</sup> 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 2017**

Revised 1º de Junio del 2017

Descripción del cambio	Descripción del cambio	Medicamento Alternativo*	Nivel de medicamento alternativo	Fecha de entrada en vigencia
RHEUMATREX TAB 2.5MG 4X3	Eliminación de CMS	methotrexate tab 2.5mg	Nivel 1	1º de Marzo del 2017
RHEUMATREX TAB 2.5MG 4X4	Eliminación de CMS	methotrexate tab 2.5mg	Nivel 1	1º de Marzo del 2017
RHEUMATREX TAB 2.5MG 4X5	Eliminación de CMS	methotrexate tab 2.5mg	Nivel 1	1º de Marzo del 2017
RHEUMATREX TAB 2.5MG 4X6	Eliminación de CMS	methotrexate tab 2.5mg	Nivel 1	1º de Marzo del 2017
SEROquel XR TAB ER 24H 150 MG	Sustitución de la marca del nombre del medicamento	quetiapine fum er tab er 24h 150 mg	Nivel 1	1º de Mayo del 2017
SEROquel XR TAB ER 24H 200 MG	Sustitución de la marca del nombre del medicamento	quetiapine fum er tab er 24h 200 mg	Nivel 1	1º de Mayo del 2017
SEROquel XR TAB ER 24H 300 MG	Sustitución de la marca del nombre del medicamento	quetiapine fum er tab er 24h 300 mg	Nivel 1	1º de Mayo del 2017
SEROquel XR TAB ER 24H 400 MG	Sustitución de la marca del nombre del medicamento	quetiapine fum er tab er 24h 400 mg	Nivel 1	1º de Mayo del 2017
SEROquel XR TAB ER 24H 50 MG	Sustitución de la marca del nombre del medicamento	quetiapine fum er tab er 24h 50 mg	Nivel 1	1º de Mayo del 2017
STAVUDINE SOL 1MG/ML	Eliminación de CMS	lamivudine, Emtriva, Videx, zidovudine, Ziagen	Nivel 1	1º de Marzo del 2017
Tamiflu CAP 30 MG	Sustitución de la marca del nombre del medicamento	oseltamivir phos cap 30 mg	Nivel 1	1º de Mayo del 2017





**Adiciones y eliminaciones del formulario de medicamentos hasta la fecha en 2017**

Revised 1º de Junio del 2017

Descripción del cambio	Descripción del cambio	Medicamento Alternativo*	Nivel de medicamento alternativo	Fecha de entrada en vigencia
Tamiflu CAP 45 MG	Sustitución de la marca del nombre del medicamento	oseltamivir phos cap 45 mg	Nivel 1	1º de Mayo del 2017
Tamiflu CAP 75 MG	Sustitución de la marca del nombre del medicamento	oseltamivir phos cap 75 mg	Nivel 1	1º de Mayo del 2017
TRAVOPROST DRO 0.004%	Eliminación de CMS	Travatan Z	Nivel 1	1º de Marzo del 2017
Tribenzor TAB 20-5-12.5 MG	Sustitución de la marca del nombre del medicamento	olmesartan-amlodipine-hctz tab 20-5-12.5 mg	Nivel 1	1º de Mayo del 2017
Tribenzor TAB 40-10-12.5 MG	Sustitución de la marca del nombre del medicamento	olmesartan-amlodipine-hctz tab 40-10-12.5 mg	Nivel 1	1º de Mayo del 2017
Tribenzor TAB 40-10-25 MG	Sustitución de la marca del nombre del medicamento	olmesartan-amlodipine-hctz tab 40-10-25 mg	Nivel 1	1º de Mayo del 2017
Tribenzor TAB 40-5-12.5 MG	Sustitución de la marca del nombre del medicamento	olmesartan-amlodipine-hctz tab 40-5-12.5 mg	Nivel 1	1º de Mayo del 2017
Tribenzor TAB 40-5-25 MG	Sustitución de la marca del nombre del medicamento	olmesartan-amlodipine-hctz tab 40-5-25 mg	Nivel 1	1º de Mayo del 2017
TYZEKA TAB 600MG	Eliminación de CMS	adefovir, lamivudine, Viread	Nivel 1	1º de Marzo del 2017
VARIZIG INJ 125UNIT	Eliminación de CMS	No hay otro medicamento disponible	Nivel 1	1º de Marzo del 2017
VITEKTA TAB 150MG	Eliminación de CMS	Isentress, Tivicay	Nivel 1	1º de Marzo del 2017





**Adiciones y eliminaciones del formulario de medicamentos hasta la fecha en 2017**

Revised 1º de Junio del 2017

Descripción del cambio	Descripción del cambio	Medicamento Alternativo*	Nivel de medicamento alternativo	Fecha de entrada en vigencia
VITEKTA TAB 85MG	Eliminación de CMS	Isentress, Tivicay	Nivel 1	1º de Marzo del 2017







**Adiciones y eliminaciones del formulario de medicamentos hasta la fecha en 2017**

Revised 1º de Junio del 2017

Esta tabla muestra los medicamentos que se han anadido del formulario de medicamentos 2017 de Health Choice Generations.

Descripción del cambio	Descripción del cambio	Cobertura de medicamentos	Cobertura anterior	Fecha de entrada en vigencia
Abacavir SUL-Lamivudine TAB 600-300 MG	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1	NA	1º de Marzo del 2017
Adriamycin SOL 2 MG/ML IV	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1 + BvD	NA	1º de Marzo del 2017
Alyacen 1/35 TAB 1-35 MG-MCG	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1	NA	1º de Marzo del 2017
Amiodarone HCl TAB 100 MG	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1	NA	1º de Marzo del 2017
Amlodipine-Olmesartan TAB 10-20 MG	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1	NA	1º de Marzo del 2017
Amlodipine-Olmesartan TAB 10-40 MG	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1	NA	1º de Marzo del 2017
Amlodipine-Olmesartan TAB 5-20 MG	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1	NA	1º de Marzo del 2017
Amlodipine-Olmesartan TAB 5-40 MG	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1	NA	1º de Marzo del 2017
Aprepitant CAP 125 MG	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1 + QL 2 + BvD	NA	1º de Marzo del 2017
Aprepitant CAP 40 MG	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1 + QL 1 + BvD	NA	1º de Marzo del 2017

410 N. 44<sup>th</sup> 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 2017**

Revised 1º de Junio del 2017

Descripción del cambio	Descripción del cambio	Cobertura de medicamentos	Cobertura anterior	Fecha de entrada en vigencia
Aprepitant CAP 80 & 125 MG	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1 + QL 12 + BvD	NA	1º de Marzo del 2017
Aprepitant CAP 80 MG	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1 + QL 8 + BvD	NA	1º de Marzo del 2017
Aubagio TAB 14 MG	Paso terapia cambio	Nivel 1 + PA + LA + ST2	Nivel 1 + PA + LA + ST1	1º de Mayo del 2017
Aubagio TAB 7 MG	Paso terapia cambio	Nivel 1 + PA + LA + ST2	Nivel 1 + PA + LA + ST1	1º de Mayo del 2017
Azithromycin TAB 500 MG (3 pack)	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1	NA	1º de Marzo del 2017
Bystolic TAB 10 MG	Paso terapia cambio	Nivel 1 + ST2	Nivel 1 + ST1	1º de Mayo del 2017
Bystolic TAB 2.5 MG	Paso terapia cambio	Nivel 1 + ST2	Nivel 1 + ST1	1º de Mayo del 2017
Bystolic TAB 20 MG	Paso terapia cambio	Nivel 1 + ST2	Nivel 1 + ST1	1º de Mayo del 2017
Bystolic TAB 5 MG	Paso terapia cambio	Nivel 1 + ST2	Nivel 1 + ST1	1º de Mayo del 2017
Calcium Acetate TAB 667 MG	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1	NA	1º de Mayo del 2017
DAPTOmycin SOL 500 MG IV	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1	NA	1º de Marzo del 2017
Desvenlafaxine SUCC ER TAB 24HR 25MG	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1	NA	1º de Junio del 2017
Desvenlafaxine SUCC ER TAB 24HR 50MG	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1	NA	1º de Junio del 2017
Desvenlafaxine SUCC ER TAB 24HR 100MG	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1	NA	1º de Junio del 2017

410 N. 44<sup>th</sup> 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 2017**

Revised 1º de Junio del 2017

Descripción del cambio	Descripción del cambio	Cobertura de medicamentos	Cobertura anterior	Fecha de entrada en vigencia
Dexmethylphenidate HCl ER CAP 24 HR 25 MG	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1 + QL 30	NA	1º de Abril del 2017
Dexmethylphenidate HCl ER CAP 24 HR 35 MG	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1 + QL 30	NA	1º de Abril del 2017
Epclusa TAB 400-100 MG	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1 + PA	NA	1º de Marzo del 2017
EPINEPHrine SOL Auto-INJ 0.15 MG/0.3ML INJ	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1	NA	1º de Marzo del 2017
EPINEPHrine SOL Auto-INJ 0.3 MG/0.3ML INJ	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1	NA	1º de Mayo del 2017
Epirubicin HCl SOL 200 MG/100ML IV	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1 + BvD	NA	1º de Marzo del 2017
Ergotamine-CAF TAB 1-100 MG	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1 + QL 40/28	NA	1º de Marzo del 2017
Ethinodiol Diac-Eth Estradiol TAB 1-50 MG-MCG	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1	NA	1º de Marzo del 2017
Femynor TAB 0.25-35 MG-MCG	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1	NA	1º de Marzo del 2017
FentaNYL PAT 72 HR 37.5 MCG/HR TD	Paso terapia cambio	Nivel 1 + QL 10 + ST2	Nivel 1 + QL 10 + ST1	1º de Mayo del 2017

410 N. 44<sup>th</sup> 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 2017**

Revised 1º de Junio del 2017

Descripción del cambio	Descripción del cambio	Cobertura de medicamentos	Cobertura anterior	Fecha de entrada en vigencia
FentaNYL PAT 72 HR 62.5 MCG/HR TD	Paso terapia cambio	Nivel 1 + QL 10 + ST2	Nivel 1 + QL 10 + ST1	1º de Mayo del 2017
FentaNYL PAT 72 HR 87.5 MCG/HR TD	Paso terapia cambio	Nivel 1 + QL 10 + ST2	Nivel 1 + QL 10 + ST1	1º de Mayo del 2017
GamaSTAN S/D INJECTABLE IM (10ML)	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1 + BvD	NA	1º de Marzo del 2017
GamaSTAN S/D INJECTABLE IM (2ML)	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1 + BvD	NA	1º de Marzo del 2017
Gammagard S/D Less IgA SOL 10 GM IV	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1 + BvD	NA	1º de Marzo del 2017
Gammagard S/D Less IgA SOL 5 GM IV	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1 + BvD	NA	1º de Marzo del 2017
Humira Pediatric Crohn's Starter 40 mg/0.8 mL sq syr kit (6)	Cambio de límite de Cantidad	Nivel 1	Nivel 1 + QL 6	1º de Junio del 2017
Humira Pediatric Crohn's Starter 40 mg/0.8 mL sq syr kit (3)	Cambio de límite de Cantidad	Nivel 1	Nivel 1 + QL 3	1º de Junio del 2017
Humira Pen Crohn's-Ulc Colitis-Hid Sup Starter 40 mg/0.8 mL subcut kit (6)	Cambio de límite de Cantidad	Nivel 1	Nivel 1 + QL 6	1º de Junio del 2017
Humira Pen Pen-INJ Kit 40MG/0.8ML SUBQ	Cambio de límite de Cantidad	Nivel 1	Nivel 1 + QL 2	1º de Junio del 2017
Humira PFS Kit 10MG/0.2ML SUBQ	Cambio de límite de Cantidad	Nivel 1	Nivel 1 + QL 2	1º de Junio del 2017





**Adiciones y eliminaciones del formulario de medicamentos hasta la fecha en 2017**

Revised 1º de Junio del 2017

Descripción del cambio	Descripción del cambio	Cobertura de medicamentos	Cobertura anterior	Fecha de entrada en vigencia
Humira PFS Kit 20MG/0.8ML SUBQ	Cambio de límite de Cantidad	Nivel 1	Nivel 1 + QL 2	1º de Junio del 2017
Humira PFS Kit 40MG/0.8ML SUBQ	Cambio de límite de Cantidad	Nivel 1	Nivel 1 + QL 2	1º de Junio del 2017
Imogam Rabies-HT INJECTABLE 150 U/ML IM	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1	NA	1º de Marzo del 2017
Invokamet XR TAB ER 24H 150-1000 MG	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1	NA	1º de Marzo del 2017
Invokamet XR TAB ER 24H 150-500 MG	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1	NA	1º de Marzo del 2017
Invokamet XR TAB ER 24H 50-1000 MG	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1	NA	1º de Marzo del 2017
Invokamet XR TAB ER 24H 50-500 MG	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1	NA	1º de Marzo del 2017
Kinrix SUSP IM	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1	NA	1º de Marzo del 2017
Kisqali 200 Dose TAB 200MG	Adición de medicamento al formulario	1 + PA	NA	1º de Junio del 2017
Kisqali 400 Dose TAB 200mg	Adición de medicamento al formulario	1 + PA	NA	1º de Junio del 2017
Kisqali 600 Dose TAB 200MG	Adición de medicamento al formulario	1 + PA	NA	1º de Junio del 2017

410 N. 44<sup>th</sup> 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 2017**

Revised 1º de Junio del 2017

Descripción del cambio	Descripción del cambio	Cobertura de medicamentos	Cobertura anterior	Fecha de entrada en vigencia
Klor-Con M10 TAB ER 10 MEQ	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1	NA	1º de Mayo del 2017
Klor-Con M20 TAB ER 20 MEQ	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1	NA	1º de Mayo del 2017
Kyprolis SOL 30 MG IV	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1 + BvD	NA	1º de Marzo del 2017
Kyprolis SOL 60 MG IV	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1 + BvD	NA	1º de Marzo del 2017
Lartruvo SOL 500 MG/50ML IV	Adición de medicamento al formulario	1 + PA + LA	NA	1º de Marzo del 2017
Levalbuterol HCl NEB SOL 1.25 MG/0.5ML INH (2.5mg/mL)	Adición de medicamento al formulario	1 + BvD	NA	1º de Marzo del 2017
Linzess CAP 72 MCG	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1	NA	1º de Mayo del 2017
Lopinavir-Ritonavir SOL 400-100 MG/5ML	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1	NA	1º de Abril del 2017
Low-Ogestrel TAB 0.3-30 MG-MCG	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1	NA	1º de Marzo del 2017
Menomune INJ SUBQ	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1	NA	1º de Mayo del 2017





## Adiciones y eliminaciones del formulario de medicamentos hasta la fecha en 2017

Revised 1º de Junio del 2017

Descripción del cambio	Descripción del cambio	Cobertura de medicamentos	Cobertura anterior	Fecha de entrada en vigencia
Methotrexate SOD SOL 50 MG/2ML INJ	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1	NA	1º de Marzo del 2017
Methylphenidate HCl ER (CD) CAP ER 20 MG	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1 + QL 90	NA	1º de Mayo del 2017
Methylphenidate HCl ER (CD) CAP ER 40 MG	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1 + QL 30	NA	1º de Mayo del 2017
Mycophenolate Mofetil HCl SOL 500 MG IV	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1 + BvD	NA	1º de Marzo del 2017
Namzaric CAP ER 24H 21-10 MG	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1 + QL 30	NA	1º de Marzo del 2017
Namzaric CAP ER 24H 7 & 14 & 21 & 28 -10 MG	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1	NA	1º de Marzo del 2017
Namzaric CAP ER 24H 7-10 MG	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1 + QL 30	NA	1º de Marzo del 2017
NIFEdipine ER Osmotic Release TAB ER 24H 30 MG	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1	NA	1º de Marzo del 2017
NIFEdipine ER Osmotic Release TAB ER 24H 60 MG	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1	NA	1º de Marzo del 2017
NIFEdipine ER Osmotic Release TAB ER 24H 90 MG	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1	NA	1º de Marzo del 2017
Norethindrone Acet-Ethinyl Est TAB 1-20 MG-MCG	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1	NA	1º de Marzo del 2017





**Adiciones y eliminaciones del formulario de medicamentos hasta la fecha en 2017**

Revised 1º de Junio del 2017

Descripción del cambio	Descripción del cambio	Cobertura de medicamentos	Cobertura anterior	Fecha de entrada en vigencia
Norgestimate-Eth Estradiol TAB 0.25-35 MG-MCG	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1	NA	1º de Abril del 2017
Ofloxacin TAB 300 MG	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1	NA	1º de Marzo del 2017
Olmesartan Medoxomil TAB 20 MG	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1	NA	1º de Marzo del 2017
Olmesartan Medoxomil TAB 40 MG	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1	NA	1º de Marzo del 2017
Olmesartan Medoxomil TAB 5 MG	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1	NA	1º de Marzo del 2017
Olmesartan Medoxomil-HCTZ TAB 20-12.5 MG	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1	NA	1º de Marzo del 2017
Olmesartan Medoxomil-HCTZ TAB 40-12.5 MG	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1	NA	1º de Marzo del 2017
Olmesartan Medoxomil-HCTZ TAB 40-25 MG	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1	NA	1º de Marzo del 2017
Olmesartan-Amlodipine-HCTZ TAB 20-5-12.5 MG	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1	NA	1º de Marzo del 2017
Olmesartan-Amlodipine-HCTZ TAB 40-10-12.5 MG	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1	NA	1º de Marzo del 2017
Olmesartan-Amlodipine-HCTZ TAB 40-10-25 MG	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1	NA	1º de Marzo del 2017

410 N. 44<sup>th</sup> 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 2017**

Revised 1º de Junio del 2017

Descripción del cambio	Descripción del cambio	Cobertura de medicamentos	Cobertura anterior	Fecha de entrada en vigencia
Olmesartan-Amlodipine-HCTZ TAB 40-10-25 MG	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1	NA	1º de Marzo del 2017
Olmesartan-Amlodipine-HCTZ TAB 40-5-12.5 MG	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1	NA	1º de Marzo del 2017
Olmesartan-Amlodipine-HCTZ TAB 40-5-25 MG	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1	NA	1º de Marzo del 2017
Orkambi TAB 100-125 MG	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1 + PA + LA	NA	1º de Marzo del 2017
Pediarix SUSP IM	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1	NA	1º de Marzo del 2017
Potassium Chloride Crys ER TAB 10 MEQ	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1	NA	1º de Mayo del 2017
Potassium Chloride Crys ER TAB 20 MEQ	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1	NA	1º de Mayo del 2017
Pradaxa CAP 110 MG	Paso terapia cambio	Nivel 1 + QL 60 + ST2	Nivel 1 + QL 60 + ST1	1º de Mayo del 2017
Pradaxa CAP 150 MG	Paso terapia cambio	Nivel 1 + QL 60 + ST2	Nivel 1 + QL 60 + ST1	1º de Mayo del 2017
Prolia SOL 60 MG/ML SUBQ	Paso terapia cambio	Nivel 1 + ST2	Nivel 1 + ST1	1º de Mayo del 2017
QUetiapine fum ER TAB ER 24H 150 MG	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1	NA	1º de Marzo del 2017

410 N. 44<sup>th</sup> 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 2017**

Revised 1º de Junio del 2017

Descripción del cambio	Descripción del cambio	Cobertura de medicamentos	Cobertura anterior	Fecha de entrada en vigencia
QUetiapine fum ER TAB ER 24H 200 MG	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1	NA	1º de Marzo del 2017
QUetiapine fum ER TAB ER 24H 300 MG	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1	NA	1º de Marzo del 2017
QUetiapine fum ER TAB ER 24H 400 MG	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1	NA	1º de Marzo del 2017
QUetiapine fum ER TAB ER 24H 50 MG	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1	NA	1º de Marzo del 2017
RaNITidine HCl SOL 50 MG/2ML INJ	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1	NA	1º de Abril del 2017
Rapaflo CAP 4 MG	Paso terapia cambio	Nivel 1 + ST2	Nivel 1 + ST1	1º de Mayo del 2017
Rapaflo CAP 8 MG	Paso terapia cambio	Nivel 1 + ST2	Nivel 1 + ST1	1º de Mayo del 2017
Relpax TAB 20 MG	Paso terapia cambio	Nivel 1 + QL 9 + ST2	Nivel 1 + QL 9 + ST1	1º de Mayo del 2017
Relpax TAB 40 MG	Paso terapia cambio	Nivel 1 + QL 9 + ST2	Nivel 1 + QL 9 + ST1	1º de Mayo del 2017
Rasagiline MES TAB 0.5 MG	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1	NA	1º de Marzo del 2017
Rasagiline MES TAB 1 MG	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1	NA	1º de Marzo del 2017
Ribasphere RibaPak TAB 200 & 400 MG	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1	NA	1º de Abril del 2017
Rivastigmine PAT 24H 13.3 MG/24HR TD	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1	NA	1º de Mayo del 2017





## Adiciones y eliminaciones del formulario de medicamentos hasta la fecha en 2017

Revised 1º de Junio del 2017

Descripción del cambio	Descripción del cambio	Cobertura de medicamentos	Cobertura anterior	Fecha de entrada en vigencia
Rivastigmine PAT 24H 4.6 MG/24HR TD	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1	NA	1º de Mayo del 2017
Rivastigmine PAT 24H 9.5 MG/24HR TD	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1	NA	1º de Mayo del 2017
Rubraca TAB 200 MG	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1 + PA + LA	NA	1º de Marzo del 2017
Rubraca TAB 300 MG	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1 + PA + LA	NA	1º de Marzo del 2017
Selzentry TAB 25 MG	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1	NA	1º de Mayo del 2017
Selzentry TAB 75 MG	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1	NA	1º de Mayo del 2017
Stelara SOL 130 MG/26ML IV	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1 + ST	NA	1º de Marzo del 2017
ValGANciclovir HCl SOL 50 MG/ML	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1	NA	1º de Marzo del 2017
Vemlidy TAB 25 MG	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1 + ST	NA	1º de Marzo del 2017
Yuvafem TAB 10 MCG VAG	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1	NA	1º de Marzo del 2017
Zarah TAB 3-0.03 MG	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1	NA	1º de Marzo del 2017

410 N. 44<sup>th</sup> 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 2017**

Revised 1º de Junio del 2017

Descripción del cambio	Descripción del cambio	Cobertura de medicamentos	Cobertura anterior	Fecha de entrada en vigencia
Zerit SOL 1 MG/ML	Adición de medicamento al formulario	Nivel 1	NA	1º de Marzo del 2017

