

El Apéndice del Formulario hasta el 12/01/2021

Adiciones

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Fecha de Vigencia
ABIRATERONE TAB 500MG	5	PA	3/ 1/21
accutane CAPS 20mg	2	PA	6/ 1/21
accutane CAPS 30mg	2	PA	6/ 1/21
accutane CAPS 40mg	2	PA	6/ 1/21
ADRENALIN SOLN 1mg/ml	4		4/ 1/21
arformoterol neb 15/2 mL	5	PA	8/ 1/21
<i>asenapine sub 10mg</i>	2	QL (60 tabs por 30 días)	3/ 1/21
<i>asenapine sub 2.5mg</i>	2	QL (60 tabs por 30 días)	3/ 1/21
<i>asenapine sub 5mg</i>	2	QL (60 tabs por 30 días)	3/ 1/21
AYVAKIT TAB 25MG	5	PA, QL (30 tabs por 30 días), LA	10/ 1/21
AYVAKIT TAB 50MG	5	PA, QL (30 tabs por 30 días), LA	10/ 1/21
<i>bepotastine drops 1.5%</i>	2	GC	8/ 1/21
BREZTRI AERO AER SPHERE 10.7	3	QL (1 inhalador por 30 días)	2/ 1/21
BREZTRI AERO AER SPHERE 5.9	3	QL (4 inhaladores por 28 días)	2/ 1/21
brinzolamide SUSP 1%	2		5/ 1/21
CHLORPROMAZINE HYDROCHLOR CON 100MG/ML	4		11/ 1/21
CHLORPROMAZINE HYDROCHLOR CON 30MG/ML	4		11/ 1/21
<i>ciprofloxacin-dexamethasone sus 0.3-0.1%</i>	2		1/ 1/21
CYCLOPHOSPHAMIDE TABS 25mg	4	B/D	6/ 1/21
CYCLOPHOSPHAMIDE TABS 50mg	4	B/D	6/ 1/21
<i>d2.5w/nacl inj 0.45%</i>	2		7/ 1/21
<i>d5w/NaCl inj 0.3%</i>	2		10/ 1/21
<i>deferasirox gra 180mg</i>	5	PA NM	1/ 1/21
<i>deferasirox gra 360mg</i>	5	PA NM	1/ 1/21
<i>deferasirox gra 90mg</i>	5	PA NM	1/ 1/21
desmopressin acetate SOLN 4mcg/ml	5		5/ 1/21

December 1, 2021 - COH Pref, EPISCOPAL Pref+Choice, CWA Pref Rx, TWU Pref Rx

ID: 00021223 Versión: 18

PA= Se aplica autorización previa, B/D = Cubierto bajo Medicare Parte B o D, ST= Se aplica terapia escalonada, QL= Se aplica límite de cantidad, LA = Acceso limitado, NM = No disponible en el pedido por correo, ED= medicamentos excluidos

H0032_SPFAEGWP21_C

Adiciones

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Fecha de Vigencia
<i>desogestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i>	2		6/ 1/21
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.225%</i>	2		11/ 1/21
DIACOMIT CAP 250MG	5	PA	2/ 1/21
DIACOMIT CAP 500MG	5	PA	2/ 1/21
DIACOMIT PAK 250MG	5	PA	2/ 1/21
DIACOMIT PAK 500MG	5	PA	2/ 1/21
DOPTELET TAB 20MG	5	PA NM LA	5/ 1/21
DOPTELET TAB 20MG	5	PA NM LA	5/ 1/21
DOPTELET TAB 20MG	5	PA NM LA	5/ 1/21
droxidopa CAPS 100mg	5	PA QL (90 caps por 30 días) NM	5/ 1/21
droxidopa CAPS 200mg	5	PA QL (180 caps por 30 días) NM	5/ 1/21
droxidopa CAPS 300mg	5	PA QL (180 caps por 30 días) NM	5/ 1/21
e.e.s. 400 TABS 400mg	2		11/ 1/21
<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-200-300 mg</i>	5		2/ 1/21
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-300-300 mg</i>	5		2/ 1/21
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg</i>	5		2/ 1/21
<i>emtricitabine caps 200 mg</i>	2		2/ 1/21
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg</i>	5	QL (30 tabs por 30 días)	4/ 1/21
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg</i>	5	QL (30 tabs por 30 días)	4/ 1/21
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg</i>	5	QL (30 tabs por 30 días)	4/ 1/21
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg</i>	5	QL (30 tabs por 30 días)	2/ 1/21
ENBREL INJ 25MG	5	PA NM QL (8 inyecciones por 28 días)	1/ 1/21
etravirine TABS 100mg	5		9/ 1/21

Adiciones

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Fecha de Vigencia
etravirine TABS 200mg	5		9/ 1/21
FARYDAK CAP 15MG	5	PA	2/ 1/21
FINTEPLA SOL 2.2MG/ML	5	PA LA QL (360 ml por 30 días)	1/ 1/21
FLEBOGAMMA INJ 5GM/50ML	5	PA NM	1/ 1/21
formoterol fumarate NEBU 20mcg/2ml	5	B/D	9/ 1/21
FOTIVDA CAP 0.89MG	5	PA, QL (21 caps por 28 días), NM, LA	7/ 1/21
FOTIVDA CAP 1.34MG	5	PA, QL (21 caps por 28 días), NM, LA	7/ 1/21
GAVRETO CAP 100MG	5	PA	2/ 1/21
GRALISE TABS 300mg	4	PA QL (180 tabs por 30 días)	4/ 1/21
GRALISE TABS 600mg	4	PA QL (90 tabs por 30 días)	4/ 1/21
HUMIRA PEN INJ 80/0.8ML	5	QL (4 plumas por 28 días) PA NM	3/ 1/21
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S PNKT 80mg/0.8ml	5	PA, NM	7/ 1/21
hydrocodone bitartrate T24A 100mg	3	QL (30 tabs por 30 días)	5/ 1/21
hydrocodone bitartrate T24A 120mg	3	QL (30 tabs por 30 días)	5/ 1/21
hydrocodone bitartrate T24A 20mg	2	PA QL (30 tabs por 30 días)	5/ 1/21
hydrocodone bitartrate T24A 30mg	2	PA QL (30 tabs por 30 días)	5/ 1/21
hydrocodone bitartrate T24A 40mg	2	PA QL (30 tabs por 30 días)	5/ 1/21
hydrocodone bitartrate T24A 60mg	2	PA QL (30 tabs por 30 días)	5/ 1/21
hydrocodone bitartrate T24A 80mg	3	QL (30 tabs por 30 días)	5/ 1/21
hydrocortisone (rectal) CREA 2.5%	2		4/ 1/21
<i>iclevia tab</i>	2		3/ 1/21
ICLUSIG TABS 10mg	5	PA QL (60 tabs por 30 días) NM LA	4/ 1/21
ICLUSIG TABS 30mg	5	PA QL (30 tabs por 30 días) NM LA	4/ 1/21
INGREZZA CAP 60MG	5	PA, QL (30 caps every 30 días), NM	7/ 1/21
INQOVI TAB 35-100MG	5	PA LA NM	1/ 1/21

Adiciones

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Fecha de Vigencia
ISOPTO ATROP SOL 1% OP	3		9/ 1/21
KYNMOBI MIS 10MG	5	PA QL (150 película por 30 días) NM	5/ 1/21
KYNMOBI MIS 15MG	5	PA QL (150 película por 30 días) NM	5/ 1/21
KYNMOBI MIS 20MG	5	PA QL (150 película por 30 días) NM	5/ 1/21
KYNMOBI MIS 25MG	5	PA QL (150 película por 30 días) NM	5/ 1/21
KYNMOBI MIS 30MG	5	PA QL (150 película por 30 días) NM	5/ 1/21
<i>lapatinib ditosylate tab 250 mg (base equiv)</i>	5	PA	2/ 1/21
<i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg</i>	2		9/ 1/21
<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i>	5		9/ 1/21
LUMAKRAS TAB 120MG	5	PA, NM, LA	9/ 1/21
lyleq TABS .35mg	2		4/ 1/21
lyllana DIS 0.025MG	3		5/ 1/21
lyllana DIS 0.0375MG	3		5/ 1/21
lyllana DIS 0.05MG	3		5/ 1/21
lyllana DIS 0.075MG	3		5/ 1/21
lyllana DIS 0.1MG	3		5/ 1/21
MENQUADFI INJ	3		2/ 1/21
<i>metyrosine cap 250 mg</i>	5	PA	2/ 1/21
MYRBETRIQ SUS 8MG/ML	4	QL (900ml por 28 días)	11/ 1/21
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1 mg-20 mcg</i>	2		2/ 1/21
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1.5 mg-30 mcg</i>	2		2/ 1/21
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol-fe tab 1 mg-20 mcg</i>	2		2/ 1/21

Adiciones

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Fecha de Vigencia
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol-fe tab 1.5 mg-30 mcg</i>	2		2/ 1/21
<i>nylia 7/7/7</i>	2		4/ 1/21
nymyo TAB 0.25-35	2		5/ 1/21
ORGOVYX TABS 120mg	5	PA NM LA	4/ 1/21
OZEMPIC INJ 4MG/3ML	3	QL (1 pluma por 28 días)	5/ 1/21
PANRETIN GEL 0.1%	2	PA, QL (60 g for 30 dias)	10/ 1/21
paroxetine hcl SUSP 10mg/5ml	2	QL (900ml por 30 dias)	11/ 1/21
<i>potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj</i>	2		5/ 1/21
potassium chloride micro tab 15MEQ ER	1		11/ 1/21
pregabalin (once-daily) TB24 165mg	2	PA QL (60 tabs por 30 días)	6/ 1/21
pregabalin (once-daily) TB24 330mg	2	PA QL (60 tabs por 30 días)	6/ 1/21
pregabalin (once-daily) TB24 82.5mg	2	PA QL (60 tabs por 30 días)	6/ 1/21
<i>proctosol cream 2.5%</i>	2		10/ 1/21
RESTASIS EMU 0.05%	3		5/ 1/21
RESTASIS MUL EMU 0.05%	3		5/ 1/21
REZUROCK TAB 200MG	5	PA	11/ 1/21
RIABNI SOL 100/10ML	5	PA NM LA	5/ 1/21
RIABNI SOL 500/50ML	5	PA NM LA	5/ 1/21
<i>rufinamide tab 400 mg</i>	5	PA	8/ 1/21
<i>rufinamide tab 200 mg</i>	5	PA	8/ 1/21
RUKOBIA TAB 600MG ER	5		1/ 1/21
SAJAZIR INJ 30MG/3ML	5	PA, QL (9 jeringas por 30 dias)	11/ 1/21
<i>sapropterin dihydrochloride powder packet 100 mg</i>	5	PA	2/ 1/21
<i>sapropterin dihydrochloride powder packet 500 mg</i>	5	PA	2/ 1/21
<i>sapropterin dihydrochloride soluble tab 100 mg</i>	5	PA	2/ 1/21
SIRTURO TAB 20MG	5	PA LA	1/ 1/21

Adiciones

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Fecha de Vigencia
SKYRIZI PEN SOAJ 150mg/ml	5	PA, QL (7 plumo cada año), NM	7/ 1/21
SKYRIZI SOSY 150mg/ml	5	PA, QL (7 jeringas cada año), NM	7/ 1/21
SUNITINIB CAP 12.5MG	5	PA, QL (30 tabs por 30 días)	10/ 1/21
SUNITINIB CAP 25MG	5	PA, QL (30 tabs por 30 días)	10/ 1/21
SUNITINIB CAP 37.5MG	5	PA, QL (30 tabs por 30 días)	10/ 1/21
SUNITINIB CAP 50MG	5	PA, QL (30 tabs por 30 días)	10/ 1/21
SYMJEPI SOSY 0.15mg/0.3ml	4		6/ 1/21
SYMJEPI SOSY 0.3mg/0.3ml	4		6/ 1/21
TEPMETKO TAB 225MG	5	PA NM LA	5/ 1/21
TIVICAY PD TAB 5MG	3		1/ 1/21
TOBRADEX ST SUS 0.3-0.05	3		8/ 1/21
TRAZIMERA INJ 150MG	5	PA NM	5/ 1/21
<i>tri-nymyo</i>	2		5/ 1/21
<i>triamcinolone acetonide cream 0.5%</i>	1		2/ 1/21
TRIKAFTA TAB	5	PA, QL (84 tabs por 28 días), NM, LA	9/ 1/21
TRULICITY INJ 3/0.5	3	QL (4 plumas por 28 días)	2/ 1/21
TRULICITY INJ 4.5/0.5	3	QL (4 plumas por 28 días)	2/ 1/21
TRUSELTIQ CAP 100MG	5	PA, NM, LA	9/ 1/21
TRUSELTIQ CAP 125MG	5	PA, NM, LA	9/ 1/21
TRUSELTIQ CAP 50MG	5	PA, NM, LA	9/ 1/21
TRUSELTIQ CAP 75MG	5	PA, NM, LA	9/ 1/21
UBRELVY TAB 100MG	5	PA QL (16 tabs por 30 días)	5/ 1/21
UBRELVY TAB 50MG	5	PA QL (16 tabs por 30 días)	5/ 1/21
UKONIQ TABS 200mg	5	PA NM LA	6/ 1/21
VENTOLIN HFA AER	3	QL (6 inhaladores por 30 días)	5/ 1/21
<i>vestura</i>	2		7/ 1/21
VYZULTA SOL 0.024%	4		5/ 1/21
XCOPRI PAK 100-150	5	QL (56 tabs por 28 días)	7/ 1/21

Adiciones

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Fecha de Vigencia
XELJANZ SOL 1MG/ML	5	QL (240 ml por 24 días) NM	5/ 1/21
XPOVIO PAK 40MG	5	PA, LA	8/ 1/21
XPOVIO PAK 40MG	5	PA, LA	8/ 1/21
XPOVIO PAK 40MG	5	PA, LA	8/ 1/21
XPOVIO PAK 40MG	5	PA LA NM	1/ 1/21
XPOVIO PAK 40MG	5	PA LA NM	1/ 1/21
XPOVIO PAK 50MG	5	PA, LA	8/ 1/21
XPOVIO PAK 60MG	5	PA, LA	8/ 1/21
XPOVIO PAK 60MG	5	PA LA NM	1/ 1/21
XTANDI TAB 40MG	5	PA NM LA	5/ 1/21
XTANDI TAB 80MG	5	PA NM	5/ 1/21
<i>zafemy</i>	2		6/ 1/21

Canceladuras

Medicación Afectada	Descripción del Cambio	Motivo del Cambio	Medicamento Alternativo	Nivel de Medicamento Alternativo	Notas de Medicamento Alternativo	Fecha de Vigencia Date
albuterol sulfate tab ER 12 HR 4 mg	Canceladura	Descontinuación del fabricante	albuterol tab	2		8/ 1/21
albuterol sulfate tab ER 12 HR 8 mg	Canceladura	Descontinuación del fabricante	albuterol tab	2		8/ 1/21
ALINIA SUS 100/5ML	Canceladura	Descontinuación del fabricante	nitazoxanide TABS 500mg	5	QL (6 tabs every 30 days)	10/ 1/21
ALINIA TAB 500MG	Canceladura	Descontinuación del fabricante	nitazoxanide TABS 500mg	5	QL (6 tabs every 30 days)	5/ 1/21
AMINOSYN II INJ 10%	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico			1/ 1/21
ANADROL-50 TAB 50MG	Canceladura	Descontinuación del fabricante	PROCRIT INJ	5	PA NM	5/ 1/21
ATRIPLA TAB 600-200-300M G	Canceladura	Eliminación de un medicamento de marca debido a la adición de un nuevo equivalente genérico	efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-200-300mg	5		1/ 1/21
BANZEL SUSP 40MG/ML	Canceladura	Descontinuación del fabricante	rufinamide SUSP 40mg/ml	5	PA	5/ 1/21
<i>captopril</i> /hydrochlorothiazide tab 25-15 mg	Canceladura	Descontinuación del fabricante	lisinopril/hydrochlorothiazide tab	1		8/ 1/21

Canceladuras

Medicación Afectada	Descripción del Cambio	Motivo del Cambio	Medicamento Alternativo	Nivel de Medicamento Alternativo	Notas de Medicamento Alternativo	Fecha de Vigencia Date
<i>captopril /hydrochlorothiazide tab 25-25 mg</i>	Canceladura	Descontinuación del fabricante	lisinopril/hydrochlorothiazide tab	1		8/ 1/21
<i>captopril /hydrochlorothiazide tab 50-15 mg</i>	Canceladura	Descontinuación del fabricante	lisinopril/hydrochlorothiazide tab	1		8/ 1/21
<i>captopril /hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>	Canceladura	Descontinuación del fabricante	lisinopril/hydrochlorothiazide tab	1		8/ 1/21
CIPRODEX SUS 0.3-0.1%	Canceladura	Eliminación de un medicamento de marca debido a la adición de un nuevo equivalente genérico	ciprofloxacina-dexametasona sus 0.3-0.1%	2		1/ 1/21
CLOVIQUE CAP 250MG	Canceladura	Descontinuación del fabricante	trientine cap 250 mg	5	PA NM	10/ 1/21
COLOCORT ENEMA 100MG	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico			1/ 1/21
<i>d5w/nacl inj 0.225%</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico			1/ 1/21
DEMSER CAP 250MG	Canceladura	Descontinuación del fabricante	metyrosine CAPS 250mg	5	PA	5/ 1/21
DEPO-PROVERA INJ 400/ML	Canceladura	Descontinuación del fabricante	Por favor, consulte con su médico			2/ 1/21

Canceladuras

Medicación Afectada	Descripción del Cambio	Motivo del Cambio	Medicamento Alternativo	Nivel de Medicamento Alternativo	Notas de Medicamento Alternativo	Fecha de Vigencia Date
DEXAMETHAS ON CON 1MG/ML	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			1/ 1/21
didanosine CPDR 200mg	Canceladura	Descontinuación del fabricante	abacavir TAB 300mg	2		4/ 1/21
didanosine CPDR 250mg	Canceladura	Descontinuación del fabricante	abacavir TAB 300mg	2		4/ 1/21
didanosine CPDR 400mg	Canceladura	Descontinuación del fabricante	abacavir TAB 300mg	2		4/ 1/21
DOCETAXEL INJ 200MG/10ML	Canceladura	Descontinuación del fabricante	docetaxel INJ 160mg/8ml	5	B/D	2/ 1/21
EMTRIVA CAP 200MG	Canceladura	Eliminación de un medicamento de marca debido a la adición de un nuevo equivalente genérico	emtricitabine cap 200mg	2		1/ 1/21
GLEOSTINE CAP 100MG	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico			1/ 1/21
GLEOSTINE CAP 10MG	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico			1/ 1/21
GLEOSTINE CAP 40MG	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico			1/ 1/21
GRALISE STAR MIS 300/600	Canceladura	Descontinuación del fabricante	GRALISE TAB	4	QL	2/ 1/21

Canceladuras

Medicación Afectada	Descripción del Cambio	Motivo del Cambio	Medicamento Alternativo	Nivel de Medicamento Alternativo	Notas de Medicamento Alternativo	Fecha de Vigencia Date
HUMIRA INJ 10MG/0.2ML	Canceladura	Descontinuación del fabricante	HUMIRA INJ 10/0.1ML	5	QL (2 injections every 28 days), NM, PA	3/ 1/21
HUMIRA KIT 20MG/0.4ML	Canceladura	Descontinuación del fabricante	HUMIRA INJ 20/0.2ML	5	QL (2 injections every 28 days), NM, PA	3/ 1/21
JADENU SPRKL GRA 180MG	Canceladura	Eliminación de un medicamento de marca debido a la adición de un nuevo equivalente genérico	deferasirox gra 90mg	5	PA NM	1/ 1/21
JADENU SPRKL GRA 360MG	Canceladura	Eliminación de un medicamento de marca debido a la adición de un nuevo equivalente genérico	deferasirox gra 90mg	5	PA NM	1/ 1/21
JADENU SPRKL GRA 90MG	Canceladura	Eliminación de un medicamento de marca debido a la adición de un nuevo equivalente genérico	deferasirox gra 90mg	5	PA NM	1/ 1/21

Canceladuras

Medicación Afectada	Descripción del Cambio	Motivo del Cambio	Medicamento Alternativo	Nivel de Medicamento Alternativo	Notas de Medicamento Alternativo	Fecha de Vigencia Date
JUXTAPID CAP 40MG	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico			1/ 1/21
JUXTAPID CAP 60MG	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico			1/ 1/21
KIONEX SUSP 15GM/60	Canceladura	Descontinuación del fabricante	SPS SUS 15GM/60	2		2/ 1/21
KLOR-CON SPRINKLE CAP ER	Canceladura	Descontinuación del fabricante	potassium chloride CAP ER	2		2/ 1/21
KUVAN POWDER	Canceladura	Descontinuación del fabricante	sapropterin dihydrochloride powder	5	PA NM	5/ 1/21
KUVAN TAB 100MG	Canceladura	Descontinuación del fabricante	sapropterin dihydrochloride TABS 100mg	5	PA NM	5/ 1/21
<i>lorcet hd tab 10-325mg</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico			1/ 1/21
<i>lorcet plus tab 7.5-325mg</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico			1/ 1/21
<i>lorcet tab 5-325mg</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico			1/ 1/21
<i>mirtazapine tab 25mg, 50mg, 75mg</i>	Canceladura	Descontinuación del fabricante	mirtazapine tab	1		9/ 1/21
METOPROLOL INJ 1MG/ML	Canceladura	Descontinuación del fabricante	metoprolol INJ 5mg/5ml	2		2/ 1/21

Canceladuras

Medicación Afectada	Descripción del Cambio	Motivo del Cambio	Medicamento Alternativo	Nivel de Medicamento Alternativo	Notas de Medicamento Alternativo	Fecha de Vigencia Date
NEPHRAMINE INJ 5.4%	Canceladura	Descontinuación del fabricante	PROSOL INJ 20%	4	B/D	6/ 1/21
NORMOSOL -M INJ /D5W	Canceladura	Medicare ya no cubrirá	ISOLYTE-P INJ /D5W	4		5/ 1/21
NORMOSOL -R INJ	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico			1/ 1/21
ONE VITE TAB 1MG PLUS	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico			1/ 1/21
PEGASYS INJ PROCLICK	Canceladura	Descontinuación del fabricante	PEGASYS INJ	5	PA	2/ 1/21
PHOSPHOLIN E SOL 0.125%OP	Canceladura	Descontinuación del fabricante	pilocarpine opth soln	2		8/ 1/21
<i>propran/hctz tab 40/25, 80/25</i>	Canceladura	Descontinuación del fabricante	metoprolol/hyd rochlorothiazid e tab	2		9/ 1/21
ROWEEPRA XR TAB	Canceladura	Descontinuación del fabricante	levetiracetam tab er 24hr	2		2/ 1/21
SAPHRIS SL TAB	Canceladura	Descontinuación del fabricante	asenapine maleate SUBL	2	QL (60 tabs every 30 days)	5/ 1/21
SODIUM POLYSTYREN E SULFONATE ORAL SUSP 15 GM/60ML	Canceladura	Descontinuación del fabricante	SPS SUS 15GM/60	2		2/ 1/21
sumatriptan succinate SOSY 6mg/0.5ml	Canceladura	Descontinuación del fabricante	sumatriptan succinate SOAJ 6mg/0.5ml	2	QL (12 injections every 30 days)	6/ 1/21

Canceladuras

Medicación Afectada	Descripción del Cambio	Motivo del Cambio	Medicamento Alternativo	Nivel de Medicamento Alternativo	Notas de Medicamento Alternativo	Fecha de Vigencia Date
SYLATRON KIT 200MCG	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico			1/ 1/21
SYLATRON KIT 300MCG	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico			1/ 1/21
SYMFI LO TAB	Canceladura	Descontinuación del fabricante	efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-300-300 mg	5		5/ 1/21
SYMFI TAB	Canceladura	Descontinuación del fabricante	efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg	5		5/ 1/21
TRILYTE SOLN	Canceladura	Descontinuación del fabricante	gavilyte-n sol flavor pack	1	GC	10/ 1/21
TRUVADA TAB 133-200	Canceladura	Descontinuación del fabricante	emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg	5	QL (30 tabs every 30 days)	5/ 1/21
TRUVADA TAB 100-150	Canceladura	Descontinuación del fabricante	emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg	5	QL (30 tabs every 30 days)	5/ 1/21
TRUVADA TAB 167-250	Canceladura	Descontinuación del fabricante	emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg	5	QL (30 tabs every 30 days)	5/ 1/21

Canceladuras

Medicación Afectada	Descripción del Cambio	Motivo del Cambio	Medicamento Alternativo	Nivel de Medicamento Alternativo	Notas de Medicamento Alternativo	Fecha de Vigencia Date
TRUVADA TAB 200-300MG	Canceladura	Eliminación de un medicamento de marca debido a la adición de un nuevo equivalente genérico	emtricitabine-te nofovir disoproxil fumarate tab 200-300mg	5		1/ 1/21
TYKERB TAB 250MG	Canceladura	Descontinuación del fabricante	lapatinib ditosylate TABS 250mg	5	PA NM	5/ 1/21
ZOSTAVAX INJ	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico			1/ 1/21

Nivel de menor costo

Medicación Afectada	Nivel*	Notas	Fecha de Vigencia
---------------------	--------	-------	-------------------

* Nivel de menor costo

Cambios de Requisitos

Medicación Afectada	Nivel	Notas	Fecha de Vigencia
VELTASSA POW 8.4GM	4	LA eliminada	2/ 1/21
VELTASSA POW 16.8GM	4	LA eliminada	2/ 1/21
VELTASSA POW 25.2GM	4	LA eliminada	2/ 1/21
BUDESONIDE SUS 0.25MG/2	2	QL eliminada	2/ 1/21
BUDESONIDE SUS 0.5MG/2	2	QL eliminada	2/ 1/21
GLYDO GEL 2%	2	QL aumentó a 60 ml cada 30 días	2/ 1/21
XIIDRA SOLN 5%	3	QL eliminada	5/ 1/21
PRADAXA CAP 110MG	4	QL aumentó a 120 caps por 30 días	9/ 1/21
<i>ivermectin tab 3mg</i>	2	PA añadido	11/ 1/21