

# El Apéndice del Formulario hasta el 09/01/2022

## Adiciones

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Fecha de Vigencia
accutane CAP 10MG	2	PA	4/ 1/22
amphotericin b liposome SUSR 50mg	5	B/D	5/ 1/22
atropine sulfate (ophthalmic) SOLN 1%	2		3/ 1/22
BESREMI SOSY 500mcg/ml	5	NM, LA, PA	3/ 1/22
<i>betaine powder for oral solution</i>	5	NM, LA	5/ 1/22
BIKTARVY TAB 30-120-15 MG	5		3/ 1/22
BIKTARVY TAB 50-200-25 MG	5		3/ 1/22
bortezomib SOLR 3.5mg	5	NM	7/ 1/22
carglumic acid TABS 200mg	5	NM, LA, PA	3/ 1/22
cefepime hcl SOLR 2gm	2		7/ 1/22
CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR SOLN 2gm/10ml	5	B/D	3/ 1/22
DENGVAXIA SUS	3		4/ 1/22
DESCOVY TAB 120-15MG	5		5/ 1/22
dexlansoprazole CPDR 30mg, 60mg	2	QL (30 caps cada 30 días)	6/ 1/22
difluprednate EMUL .05%	2		2/ 1/22
e.e.s. 400 TABS 400mg	2		2/ 1/22
EPCLUSA PAK 150-37.5	5	NM, PA	2/ 1/22
EPCLUSA PAK 200-50MG	5	NM, PA	2/ 1/22
EPRONTIA SOL 25MG/ML	4		2/ 1/22
erythromycin lactobionate SOLR 500mg	5		5/ 1/22
everolimus TAB 10MG	5	PA, QL (30 tabs cada 30 días)	2/ 1/22
everolimus TAB 1MG	5	B/D	2/ 1/22
everolimus TBSO 2MG	5	PA, QL (150 tabs cada 30 días)	2/ 1/22
everolimus TBSO 3MG	5	PA, QL (90 tabs cada 30 días)	2/ 1/22
everolimus TBSO 5MG	5	PA, QL (60 tabs ecada 30 días)	2/ 1/22
EXKIVITY CAP 40MG	5	NM, LA, PA	2/ 1/22
GVOKE KIT SOLN 1mg/0.2ml	3		3/ 1/22

September 1, 2022 - COH Pref, TWU Pref

ID: 00022104 Versión: 15

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\_SPFAEGWP22\_C

## Adiciones

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Fecha de Vigencia
INFLIXIMAB INJ 100MG	5	NM, LA, PA	2/ 1/22
KERENDIA TABS 10mg, 20mg	3	QL (30 tabs cada 30 días)	5/ 1/22
KESIMPTA SOAJ 20mg/0.4ml	5	QL (16 pluma por año), NM, LA, PA	5/ 1/22
lacosamide SOLN 200mg/20ml	5		6/ 1/22
lacosamide TABS 100mg, 150mg, 200mg	2	QL (60 tabs cada 30 días)	6/ 1/22
lacosamide TABS 50mg	2	QL (120 tabs cada 30 días)	6/ 1/22
lenalidomide CAPS 25mg	5	QL (21 caps cada 28 días), NM, LA, PA	5/ 1/22
lenalidomide CAPS 5mg, 10mg, 15mg	5	QL (28 caps cada 28 días), NM, LA, PA	5/ 1/22
maraviroc TAB 150MG	5		4/ 1/22
maraviroc TAB 300MG	5		4/ 1/22
MAVYRET PAK 50-20MG	5	NM, PA	2/ 1/22
metronidazole SOLN 500mg/100ml	2		5/ 1/22
MYRBETRIQ SUS 8MG/ML	4	QL (300 mL cada 28 días)	2/ 1/22
NALOXONE SPR	2		3/ 1/22
nebivolol TAB 10MG	2	QL (30 tabs cada 30 días)	2/ 1/22
nebivolol TAB 2.5MG	2	QL (30 tabs cada 30 días)	2/ 1/22
nebivolol TAB 20MG	2	QL (60 tabs cada 30 días)	2/ 1/22
nebivolol TAB 5MG	2	QL (30 tabs cada 30 días)	2/ 1/22
NURTEC TBDP 75mg	5	QL (16 tabs cada 30 días), PA	5/ 1/22
NUZYRA SOLR 100mg; TABS 150mg	5	NM, LA	5/ 1/22
<i>nylia 1/35</i>	2		3/ 1/22
OCTREOTIDE INJ 100MCG	2	NM, PA	2/ 1/22
OCTREOTIDE INJ 500MCG	5	NM, PA	2/ 1/22
OCTREOTIDE INJ 50MCG/ML	2	NM, PA	2/ 1/22
ondansetron hcl SOSY 4mg/2ml	2		5/ 1/22
OTEZLA TABS 30mg	5	QL (60 tabs cada 30 días), NM, PA	7/ 1/22

## Adiciones

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Fecha de Vigencia
OTEZLA TAB 10/20/30	5	QL (110 tabs por año), NM, PA	7/ 1/22
OZEMPIC INJ 8MG/3ML	3	QL (1 pluma cada 28 días)	6/ 1/22
<i>paclitaxel protein-bound particles for iv susp 100 mg</i>	5	B/D, NM	6/ 1/22
paroxetine hcl SUS 10MG/5ML	4	QL (900 mL cada 30 días), PA	2/ 1/22
PREHEVBRIIO SUS 10MCG/ML	3	B/D	4/ 1/22
proctosol hc CRE 2.5%	2		2/ 1/22
QUADRACEL INJ	3		6/ 1/22
RINVOQ TB24 45mg	5	QL (112 tabs por año), NM, PA	6/ 1/22
RINVOQ TAB 30MG	5	QL (30 tabs cada 30 días), NM, PA	4/ 1/22
SCEMBLIX TAB 20MG	5	QL (60 tabs cada 30 días), NM, PA	3/ 1/22
SCEMBLIX TAB 40MG	5	QL (300 tabs cada 30 días), NM, PA	3/ 1/22
stavudine CAP 15MG	2		2/ 1/22
stavudine CAP 20MG	2		2/ 1/22
stavudine CAP 30MG	2		2/ 1/22
stavudine CAP 40MG	2		2/ 1/22
TALZENNA CAPS .5mg, .75mg	5	QL (30 caps cada 30 días), NM, LA, PA	5/ 1/22
TICOVAC SUSY 2.4mcg/0.5ml	3		3/ 1/22
TRIUMEQ PD TAB	5		6/ 1/22
TRIZIVIR TAB	5		7/ 1/22
VARENICLINE TAB 0.5MG	2	QL (56 tabs cada 28 días), PA	2/ 1/22
VARENICLINE TAB 1MG	2	QL (56 tabs cada 28 días), PA	2/ 1/22
<i>varenicline tartrate tab 0.5 mg x 11 &amp; tab 1 mg x 42 pack</i>	2	PA	7/ 1/22
VELPHORO CHEW 500mg	5	QL (180 cada per 30 días)	5/ 1/22
VERQUVO TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	3		7/ 1/22
WELIREG TAB 40MG	5	NM, LA, PA	2/ 1/22
XARELTO SUSR 1mg/ml	3	QL (620 mL cada 30 días)	3/ 1/22

## Adiciones

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Fecha de Vigencia
XIIDRA SOLN 5%	3		5/ 1/22

## Canceladuras

Medicación Afectada	Descripción del Cambio	Motivo del Cambio	Medicamento Alternativo	Nivel de Medicamento Alternativo	Notas de Medicamento Alternativo	Fecha de Vigencia Date
AMINOSYN-P F INJ 7%	Eliminación de medicamentos del formulario	Medicare ya no cubrirá	TROPHAMIN E INJ 10%	4		5/ 1/22
bekyree TAB	Eliminación de medicamentos del formulario	Fabricante descontinuado	kariva TAB 28 DAY	2		2/ 1/22
BYSTOLIC TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	Eliminación de medicamentos del formulario	Genérico Disponible	nebivolol hcl TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	2	QL (30 tabs per 30 days)	5/ 1/22
BYSTOLIC TABS 20mg	Eliminación de medicamentos del formulario	Genérico Disponible	nebivolol hcl TABS 20mg	2	QL (60 tabs per 30 days)	5/ 1/22
cefuroxime sodium SOLR 7.5gm	Eliminación de medicamentos del formulario	Fabricante descontinuado	cefuroxime sodium SOLR 1.5gm, 750mg	2		5/ 1/22
CHANTIX PAK 1MG	Eliminación de medicamentos del formulario	Genérico Disponible	varenicline tartrate TABS .5mg, 1mg	2	QL (56 tabs per 28 days), PA	5/ 1/22

## Canceladuras

Medicación Afectada	Descripción del Cambio	Motivo del Cambio	Medicamento Alternativo	Nivel de Medicamento Alternativo	Notas de Medicamento Alternativo	Fecha de Vigencia Date
CHANTIX TAB 0.5mg, 1mg	Eliminación de medicamentos del formulario	Genérico Disponible	varenicline tartrate TABS .5mg, 1mg	2	QL (56 tabs per 28 days), PA	5/ 1/22
cyclafem TAB 1/35	Eliminación de medicamentos del formulario	Fabricante descontinuado	nortrel TAB 1/35	2		2/ 1/22
cyclafem TAB 7/7/7	Eliminación de medicamentos del formulario	Fabricante descontinuado	nortrel TAB 7/7/7	2		2/ 1/22
DUREZOL EMU 0.05%	Eliminación de medicamentos del formulario	Genérico Disponible	difluprednate EMUL .05%	2		5/ 1/22
FARYDAK CAPS 10mg, 15mg, 20mg	Eliminación de medicamentos del formulario	Fabricante descontinuado	XPOVIO PAK	5	NM, LA, PA	6/ 1/22
FREAMINE HBC INJ 6.9%	Eliminación de medicamentos del formulario	Fabricante descontinuado	FREAMINE III INJ 10%	4	B/D	2/ 1/22

## Canceladuras

Medicación Afectada	Descripción del Cambio	Motivo del Cambio	Medicamento Alternativo	Nivel de Medicamento Alternativo	Notas de Medicamento Alternativo	Fecha de Vigencia Date
minitran DIS 0.1MG/HR	Eliminación de medicamentos del formulario	Fabricante descontinuado	nitroglycerin TD PATCH	2		2/ 1/22
minitran DIS 0.2MG/HR	Eliminación de medicamentos del formulario	Fabricante descontinuado	nitroglycerin TD PATCH	2		2/ 1/22
minitran DIS 0.4MG/HR	Eliminación de medicamentos del formulario	Fabricante descontinuado	nitroglycerin TD PATCH	2		2/ 1/22
minitran DIS 0.6MG/HR	Eliminación de medicamentos del formulario	Fabricante descontinuado	nitroglycerin TD PATCH	2		2/ 1/22
mondoxyne NL CAP 100MG	Eliminación de medicamentos del formulario	Fabricante descontinuado	doxycycline (monohydrate) CAP 100 MG	2		2/ 1/22
NARCAN SPR	Eliminación de medicamentos del formulario	Genérico Disponible	naloxone HCL SPR	2		5/ 1/22

## Canceladuras

Medicación Afectada	Descripción del Cambio	Motivo del Cambio	Medicamento Alternativo	Nivel de Medicamento Alternativo	Notas de Medicamento Alternativo	Fecha de Vigencia Date
<i>previfem</i>	Eliminación de medicamentos del formulario	Fabricante descontinuado	sprintec 28	2		7/ 1/22
tri-previfem TAB	Eliminación de medicamentos del formulario	Fabricante descontinuado	tri-sprintec	2		4/ 1/22
<i>zarah</i>	Eliminación de medicamentos del formulario	Fabricante descontinuado	syeda	2		3/ 1/22

## Nivel de menor costo

Medicación Afectada	Nivel*	Notas	Fecha de Vigencia
VELTASSA POW 25.2GM	4	Nivel reducido de 4 a 3	5/ 1/22
VELTASSA POW 16.8GM	4	Nivel reducido de 4 a 3	5/ 1/22
VELTASSA POW 8.4GM	4	Nivel reducido de 4 a 3	5/ 1/22

\* Nivel de menor costo

## Cambios de Requisitos

Medicación Afectada	Nivel	Notas	Fecha de Vigencia
OMNIPOD MIS 5 PACK	4	QL cambiada, 15 pods cada 30 días	2/ 1/22
OMNIPOD MIS 5 PACK	4	QL cambiada, 15 pods cada 30 días	2/ 1/22
VRAYLAR CAP 1.5-3MG	4	PA eliminada	2/ 1/22
VRAYLAR CAP 1.5MG	5	PA eliminada	2/ 1/22
VRAYLAR CAP 3MG	5	PA eliminada	2/ 1/22
VRAYLAR CAP 4.5MG	5	PA eliminada	2/ 1/22
VRAYLAR CAP 6MG	5	PA eliminada	2/ 1/22
ivermectin TABS 3mg	2	PA adición	3/ 1/22
CHANTIX PAK 0.5& 1MG	4	QL eliminada	5/ 1/22
VELTASSA POW 25.2GM	3	PA eliminada	5/ 1/22
VELTASSA POW 16.8GM	3	PA eliminada	5/ 1/22
VELTASSA POW 8.4GM	3	PA eliminada	5/ 1/22