

El Apéndice del Formulario hasta el 03/01/2021

Adiciones

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Fecha de Vigencia
ABIRATERONE TAB 500MG	5	PA	3/ 1/21
<i>asenapine sub 10mg</i>	2	GC QL (60 tabs por 30 días)	3/ 1/21
<i>asenapine sub 2.5mg</i>	2	GC QL (60 tabs por 30 días)	3/ 1/21
<i>asenapine sub 5mg</i>	2	GC QL (60 tabs por 30 días)	3/ 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
<i>ciprofloxacin-dexamethasone sus 0.3-0.1%</i>	2	GC	1/ 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
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
<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	GC	2/ 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
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
GAVRETO CAP 100MG	5	PA	2/ 1/21
HUMIRA PEN INJ 80/0.8ML	5	QL (4 plumas por 28 días), PA, NM	3/ 1/21

Adiciones

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Fecha de Vigencia
<i>iclevia tab</i>	2	GC	3/ 1/21
INQOVI TAB 35-100MG	5	PA LA NM	1/ 1/21
<i>lapatinib ditosylate tab 250 mg (base equiv)</i>	5	PA	2/ 1/21
MENQUADFI INJ	3		2/ 1/21
<i>metyrosine cap 250 mg</i>	5	PA	2/ 1/21
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1 mg-20 mcg</i>	2	GC	2/ 1/21
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1.5 mg-30 mcg</i>	2	GC	2/ 1/21
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol-fe tab 1 mg-20 mcg</i>	2	GC	2/ 1/21
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol-fe tab 1.5 mg-30 mcg</i>	2	GC	2/ 1/21
RUKOBIA TAB 600MG ER	5		1/ 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
TIVICAY PD TAB 5MG	3		1/ 1/21
<i>triamcinolone acetonide cream 0.5%</i>	1	GC	2/ 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
XPOVIO PAK 40MG	5	PA LA NM	1/ 1/21
XPOVIO PAK 40MG	5	PA LA NM	1/ 1/21
XPOVIO PAK 60MG	5	PA LA 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
AMINOSYN II INJ 10%	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico			1/ 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
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	GC	1/ 1/21
COLOCORT ENEMA 100MG	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico			1/ 1/21
d5w/nacl inj 0.225%	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico			1/ 1/21
DEPO-PROVERA INJ 400/ML	Canceladura	Descontinuación del fabricante	Por favor, consulte con su médico			2/ 1/21
DEXAMETHASON CON 1MG/ML	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			1/ 1/21
DOCETAXEL INJ 200MG/10ML	Canceladura	Descontinuación del fabricante	docetaxel INJ 160mg/8ml	5	B/D	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
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
HUMIRA INJ 10MG/0.2ML	Canceladura	Descontinuación del fabricante	HUMIRA INJ 10/0.1ML	5	QL NM PA	3/ 1/21
HUMIRA KIT 20MG/0.4ML	Canceladura	Descontinuación del fabricante	HUMIRA INJ 20/0.2ML	5	QL 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

Canceladuras

Medicación Afectada	Descripción del Cambio	Motivo del Cambio	Medicamento Alternativo	Nivel de Medicamento Alternativo	Notas de Medicamento Alternativo	Fecha de Vigencia Date
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
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	GC	2/ 1/21
KLOR-CON SPRINKLE CAP ER	Canceladura	Descontinuación del fabricante	potassium chloride CAP ER	2	GC	2/ 1/21
<i>lorcet hd tab</i> <i>10-325mg</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico			1/ 1/21
<i>lorcet plus tab</i> <i>7.5-325mg</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico			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
<i>lorcet tab 5-325mg</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico			1/ 1/21
METOPROLOL INJ 1MG/ML	Canceladura	Descontinuación del fabricante	metoprolol INJ 5mg/5ml	2	GC	2/ 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
ROWEEPRA XR TAB	Canceladura	Descontinuación del fabricante	levetiracetam tab er 24hr	2	GC	2/ 1/21
SODIUM POLYSTYRENE SULFONATE ORAL SUSP 15 GM/60ML	Canceladura	Descontinuación del fabricante	SPS SUS 15GM/60	2	GC	2/ 1/21
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
TRUVADA TAB 200-300MG	Canceladura	Eliminación de un medicamento de marca debido a la adición de un nuevo equivalente genérico	emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300mg	5		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
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