



Adiciones del formulario de medicamentos hasta la fecha en 2018

Revised 1º de Octubre del 2018

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. 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.

Definiciones:

PA = Autorización previa: Health Choice Generations requiere que su médico obtenga autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que deberá obtener la aprobación de nuestro plan antes de surtir sus recetas. Si no obtiene la aprobación, es posible que Health Choice Generations no cubra el medicamento.

ST = Terapia escalonada: En algunos casos, Health Choice Generations requiere que pruebe primero determinados medicamentos para tratar su problema médico antes de cubrir otro medicamento para ese mismo problema. Por ejemplo, si un medicamento A y un medicamento B sirven para tratar su problema médico, puede que Health Choice Generations no cubra el medicamento B a menos que usted pruebe el medicamento A primero. Si el medicamento A no surte efecto en su caso, entonces Health Choice Generations cubrirá el medicamento B.

QL = Límite de cantidad: Health Choice Generations limita la cantidad de determinados medicamentos que nuestro plan cubrirá. A menos que se indique lo contrario, la cantidad detallada corresponde a unidades (cápsulas, pastillas) para 30 días. Por ejemplo, Health Choice Generations proporciona 30 unidades por receta médica de 30 días de NAMENDA XR. Esto puede ser además de un suministro normal para uno o tres meses.

410 N. 44th 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 del formulario de medicamentos hasta la fecha en 2018

Revised 1º de Octubre del 2018

BvD = Parte B versus Parte D: Este medicamento recetado tiene un requisito de autorización previa administrativa de la Parte B en lugar de una de la Parte D. Este medicamento puede estar cubierto por las Partes B o D de Medicare según las circunstancias. Es posible que deba presentarse información sobre el uso y el entorno del medicamento para tomar la determinación.

***Medicamentos Alternativos:** Los medicamentos alternativos son medicamentos de la misma categoría/clase terapéutica o nivel de costos compartidos que el medicamento afectado. Solo su médico puede determinar si la alternativa es adecuada para usted dada la naturaleza individualizada del tratamiento con medicamentos. Consulte con su médico si este es unos medicamentos adecuado para usted.

Nombre del Medicamento	Descripción del cambio	Medicamento Alternativo*	Nivel de medicamento alternativo	Fecha de entrada en vigencia
7t lido gel 2%	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Octubre del 2018
ABILIFY MANTENA SRER 400MG	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
adriamycin 10mg solr	Nivel 1 & BvD	N/A	N/A	1º de Octubre del 2018
adriamycin 50mg solr	Nivel 1 & BvD	N/A	N/A	1º de Octubre del 2018
AGGRASTAT INJ 0.9%; 12.5MG/250ML	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Julio del 2018
AGGRASTAT INJ 0.9%; 5MG/100ML	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Julio del 2018
AGGRASTAT INJ 3.75MG/15ML	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Julio del 2018
AKYNZEO INJ 235MG; 0.25MG	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Julio del 2018
ALUNBRIG TABS 180MG	Nivel 1 & QL 30/30 & PA	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
ALUNBRIG TABS 90MG	Nivel 1 & QL 30/30 & PA	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
ALUNBRIG TBPK	Nivel 1 & QL 30/365 & PA	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
ALUNBRIG TBPK	Nivel 1 & PA & QL 60/365	N/A	N/A	1º de Abril del 2018
amino acid 50mg/ml soln	Nivel 1 & BvD	N/A	N/A	1º de Octubre del 2018
amiodarone hydrochloride inj 450mg/9ml	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
amiodarone hydrochloride inj 900mg/18ml	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Juno del 2018





Adiciones del formulario de medicamentos hasta la fecha en 2018

Revised 1º de Octubre del 2018

Nombre del Medicamento	Descripción del cambio	Medicamento Alternativo*	Nivel de medicamento alternativo	Fecha de entrada en vigencia
ARISTADA INITIO SYRINGE 675MG/2.4ML	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Septiembre del 2018
arsenic trioxide 10mg/10ml soln	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Octubre del 2018
ASSURE ID SAFETY PEN NEEDLES 30G X 5/16"	Nivel 1 & QL 200/30	N/A	N/A	1º de Agosto del 2018
ASSURE ID SAFETY PEN NEEDLES 31G X 3/16"	Nivel 1 & QL 200/30	N/A	N/A	1º de Agosto del 2018
atropine sulf soln 8mg/20ml	Nivel 1 & AL 64Y	N/A	N/A	1º de Septiembre del 2018
AZOPT % SUSP	Nivel 1 & ST	N/A	N/A	1º de Octubre del 2018
baclofen tabs 5mg	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Agosto del 2018
BD INSULIN SYRINGE SAFETYGLIDE/U-100/1ML/31G X 15/64"	Nivel 1 & QL 200/30	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
BD INSULIN SYRINGE U-100/0.3ML/29G X 1/2" MISC	Nivel 1 & QL 200/30	N/A	N/A	1º de Julio del 2018
BD VEO INSULIN SYRINGE ULTRAFINE/U-100/0.3ML/31G X 15/64"	Nivel 1 & QL 200/30	N/A	N/A	1º de Julio del 2018
BD VEO INSULIN SYRINGE ULTRAFINE/U-100/0.5ML/31G X 15/64"	Nivel 1 & QL 200/30	N/A	N/A	1º de Julio del 2018
BD VEO INSULIN SYRINGE ULTRAFINE/U-100/1ML/31G X 15/64"	Nivel 1 & QL 200/30	N/A	N/A	1º de Julio del 2018
bendamustine hydrochloride iv soln 100mg/4ml	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Septiembre del 2018
BENZNIDAZOLE 100MG	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
BENZNIDAZOLE 12.5MG	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
betamethasone combo 3mg/ml ; 3mg/ml susp	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Octubre del 2018
BIKTARVY TABS 50MG; 200MG; 25MG	Nivel 1 & QL 30/30	N/A	N/A	1º de Abril del 2018
bimatoprost 0.03% soln	Nivel 1 & ST	N/A	N/A	1º de Octubre del 2018
bleomycin inj 15unit	Nivel 1 & BvD	N/A	N/A	1º de Julio del 2018

410 N. 44th 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 del formulario de medicamentos hasta la fecha en 2018

Revised 1º de Octubre del 2018

Nombre del Medicamento	Descripción del cambio	Medicamento Alternativo*	Nivel de medicamento alternativo	Fecha de entrada en vigencia
BOSULIF TABS 400MG	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
BRAFTOVI CAPS 50MG	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Agosto del 2018
BRAFTOVI CAPS 75MG	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Agosto del 2018
BREVIBLOC PREMIXED DOUBLESTRENGTH INJ 2000MG/100ML; 4.1MG/ML	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Julio del 2018
BREVIBLOC PREMIXED INJ 2500MG/250ML; 5.9MG/ML	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Julio del 2018
BROMSITE 0.075% SOLN	Nivel 1 & ST & QL 20/365	N/A	N/A	1º de Octubre del 2018
BROMSITE 0.075% SOLN	Nivel 1 & ST & QL 20/365	N/A	N/A	1º de Octubre del 2018
budesonide er tab 24hr 9mg	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Septiembre del 2018
budesonide ER tabs 9mg	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Agosto del 2018
buprenorphine hydrochloride/naloxone hydrochloride film 8mg; 2mg	Nivel 1 & QL 90/30	N/A	N/A	1º de Julio del 2018
BUTALBITAL/ACETAMINOPHEN CAPS 300MG; 50MG	Nivel 1 & PA & QL 180/30 & AL 64Y	N/A	N/A	1º de Septiembre del 2018
carmustine 100mg solr	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Octubre del 2018
CIMDUO 300MG; 300MG TABS	Nivel 1 & QL 30/30	N/A	N/A	1º de Octubre del 2018
CIMDUO 300MG; 300MG TABS	Nivel 1 & QL 30/30	N/A	N/A	1º de Octubre del 2018
CIMDUO TABS 300MG; 300MG	Nivel 1 & QL 30/30	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
CINVANTI EMUL 130MG/18ML	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018





Adiciones del formulario de medicamentos hasta la fecha en 2018

Revised 1º de Octubre del 2018

Nombre del Medicamento	Descripción del cambio	Medicamento Alternativo*	Nivel de medicamento alternativo	Fecha de entrada en vigencia
CLINIMIX N14G30E 17.6GM/2000ML; 9.78GM/2000ML; 15%; 8.76GM/2000ML; 4.08GM/2000ML; 5.1GM/2000ML; 6.2GM/2000ML; 4.93GM/2000ML; 1.02GM/2000ML; 3.4GM/2000ML; 4.76GM/2000ML; 5.22GM/2000ML; 5.78GM/2000ML; 4.25GM/2000ML; 1.54GM/2000ML; 3.57GM/2000ML; 1.53GM/2000ML; 0.34GM/2000ML; 4.93GM/2000ML	Nivel 1 & BvD	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
CLINIMIX N9G15E 5MMOL/100ML; 570MG/100ML; 317MG/100ML; 0.23MMOL/100ML; 4MMOL/100ML; 7.5GM/100ML; 284MG/100ML; 132MG/100ML; 165MG/100ML; 201MG/100ML; 200MG/100ML; 0.25MMOL/100ML; 110MG/100ML; 460MG/100ML; 154MG/100ML; 1.5MMOL/100ML; 3MMOL/100ML; 187MG/100ML; 138MG/100ML; 3.5MMOL/100ML; 116MG/100ML; 50MG/100ML; 11MG/100ML; 160MG/100ML	Nivel 1 & BvD	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
colesevelam hydrochloride pack 3.75gm	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Septiembre del 2018
colesevelam hydrochloride tabs 625mg	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Julio del 2018
COMBIGAN 0.2% ; 0.5% SOLN	Nivel 1 & ST	N/A	N/A	1º de Octubre del 2018
COTELLIC 20MG TABS	Nivel 1 & QL 90/30 & AL 18Y	N/A	N/A	1º de Octubre del 2018
crotan lotion 10%	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Septiembre del 2018
CRYSVITA INJ 10MG/ML	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
CRYSVITA INJ 20MG/ML	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
CRYSVITA INJ 30MG/ML	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
dactinomycin solr 0.5mg	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
DALFAMPRIDINE ER 10MG TAB	Nivel 1 & PA & QL 60/30	N/A	N/A	1º de Octubre del 2018

410 N. 44th 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 del formulario de medicamentos hasta la fecha en 2018

Revised 1º de Octubre del 2018

Nombre del Medicamento	Descripción del cambio	Medicamento Alternativo*	Nivel de medicamento alternativo	Fecha de entrada en vigencia
DALIRESP TABS 250MCG	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018
daptomycin 350mg solr	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Agosto del 2018
daunorubicin hydrochloride inj 20mg/4ml	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Julio del 2018
daunorubicin hydrochloride inj 50mg/10ml	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Julio del 2018
desoximetasone spray 0.25%	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Septiembre del 2018
dexamethasone 10 day dose pack 1.5mg	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Septiembre del 2018
dexamethasone 13 day dose pack 1.5mg	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Septiembre del 2018
dexamethasone 6 day dose pack 1.5mg	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Septiembre del 2018
dextrose 50% soln	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Octubre del 2018
diclofenac sodium 0.1% soln	Nivel 1 & ST	N/A	N/A	1º de Octubre del 2018
DIVIGEL GEL 0.25MG/0.25GM	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
dorzolamide hydrochloride/timolol maleate pf 20MG/ML; 5MG/ML	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Septiembre del 2018
doxycycline hyclate tabs 50mg	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
doxycycline tabs 100mg	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Agosto del 2018
doxycycline tabs 150mg	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Agosto del 2018
doxycycline tabs 50mg	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Agosto del 2018
doxycycline tabs 75mg	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Agosto del 2018





Adiciones del formulario de medicamentos hasta la fecha en 2018

Revised 1º de Octubre del 2018

Nombre del Medicamento	Descripción del cambio	Medicamento Alternativo*	Nivel de medicamento alternativo	Fecha de entrada en vigencia
DROPSAFE SAFETY PEN NEEDLES/31G X 5/16"	Nivel 1 & QL 200/30	N/A	N/A	1º de Septiembre del 2018
DROPSAFE SAFETY PEN NEEDLES/31G X 1/4"	Nivel 1 & QL 200/30	N/A	N/A	1º de Septiembre del 2018
drospirenone/ethinyl estradiol/levomefolate calcium tabs 3mg; 0.03mg; 0.451mg	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018
EASY GLIDE PEN NEEDLES 33G X 5/32" MISC	Nivel 1 & QL 200/30	N/A	N/A	1º de Junio del 2018
efavirenz caps 600mg	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
ELIQUIS STARTER PACK TABS 5MG	Nivel 1 & QL 148/365	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
EPINEPHRINE INJ 0.3MG/0.3ML (Impax generic)	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Junio del 2018
EPIPEN 2-PAK INJ 0.3MG/0.3ML	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Junio del 2018
EPIPEN-JR 2-PAK INJ 0.15MG/0.3ML	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Junio del 2018
ERLEADA TABS 60MG	Nivel 1 & PA & QL 120/30	N/A	N/A	1º de Abril del 2018
ertapenem sodium inj 1gm	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Septiembre del 2018
ertapenem solr 1gm	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Agosto del 2018
ESMOLOL HYDROCHLORIDE IN WATER DOUBLE STRENGTH SOLN 2000MG/100ML	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Abril del 2018
ESMOLOL HYDROCHLORIDE IN WATER SOLN 2500MG/250ML	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Abril del 2018
esmolol hydrochloride/sodium chloride 2000mg/100ml; 4.1mg/ml soln	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Octubre del 2018
esmolol hydrochloride/sodium chloride 2500mg/250ml; 5.9mg/ml soln	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Octubre del 2018
esomeprazole magnesium dr 20mg cap	Nivel 1 & QL 30/30	N/A	N/A	1º de Octubre del 2018
esomeprazole magnesium dr 40mg cap	Nivel 1 & QL 30/30	N/A	N/A	1º de Octubre del 2018





Adiciones del formulario de medicamentos hasta la fecha en 2018

Revised 1º de Octubre del 2018

Nombre del Medicamento	Descripción del cambio	Medicamento Alternativo*	Nivel de medicamento alternativo	Fecha de entrada en vigencia
flurbiprofen sodium 0.03% soln	Nivel 1 & ST	N/A	N/A	1º de Octubre del 2018
FULPHILA INJ 6MG/0.6ML	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Septiembre del 2018
GALAFOLD 123MG CAPS	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Octubre del 2018
GAMASTAN IM INJ	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Septiembre del 2018
ganciclovir inj 500mg/10ml	Nivel 1 & BvD	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
GEMCITABINE HYDROCHLORIDE INJ 1.5GM/15ML	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
GEMCITABINE HYDROCHLORIDE INJ 1GM/10ML	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
GEMCITABINE HYDROCHLORIDE INJ 200MG/2ML	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
GEMCITABINE HYDROCHLORIDE INJ 2GM/20ML	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
gemcitabine hydrochloride soln 1gm/26.3ml	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Abril del 2018
gemcitabine hydrochloride soln 200mg/5.26ml	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Abril del 2018
gemcitabine hydrochloride soln 2gm/52.6ml	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Abril del 2018
GILENYA CAPS 0.25MG	Nivel 1 & PA & QL 30/30	N/A	N/A	1º de Julio del 2018
glatopa sosy 40mg/ml	Nivel 1 & PA & QL 12/28	N/A	N/A	1º de Abril del 2018
GLYXAMBI TABS 10MG; 5MG	Nivel 1 & QL 30/30 & ST	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
GLYXAMBI TABS 25MG; 5MG	Nivel 1 & QL 30/30 & ST	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
guanfacine hydrochloride 1mg	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Octubre del 2018
guanfacine hydrochloride 2mg	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Octubre del 2018
guanfacine hydrochloride 3mg	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Octubre del 2018
guanfacine hydrochloride 4mg	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Octubre del 2018





Adiciones del formulario de medicamentos hasta la fecha en 2018

Revised 1º de Octubre del 2018

Nombre del Medicamento	Descripción del cambio	Medicamento Alternativo*	Nivel de medicamento alternativo	Fecha de entrada en vigencia
heparin sodium/sodium chloride 25000UNIT/500ML; 0.45% soln	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Agosto del 2018
HEPLISAV-B PFS 20MCG/0.5ML	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Septiembre del 2018
HEPLISAV-B SOLN 20MCG/0.5ML	Nivel 1 & BvD	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
HUMIRA 40MG/0.4ML PEN PSKT	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS DISEASE STARTER PACK 80MG/0.8ML PSKT	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS DISEASE STARTER PACK PSKT	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
HUMIRA PEN 10MG/0.1ML	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
HUMIRA PEN 20MG/0.2ML	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
HUMIRA PEN 40MG/0.4ML	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER 80MG/0.8ML	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Septiembre del 2018
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER 80MG/0.8ML, 40MG/0.4ML	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Septiembre del 2018
hydrocortisone acetate/pramoxine cream 1%; 1%	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
hydrocortisone butyrate lotn 0.1%	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Abril del 2018
hydromorphone hydrochloride soln 1mg/ml	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Agosto del 2018
hydroxyprogesterone caproate 250mg/ml oil	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Agosto del 2018
HYPERRAB INJ 1500UNIT/5ML	Nivel 1 & BvD	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
HYPERRAB INJ 300UNIT/ML	Nivel 1 & BvD	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
ibu tabs 600mg	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
ibu tabs 800mg	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
ILEVRO 0.3% SUSP	Nivel 1 & ST	N/A	N/A	1º de Octubre del 2018





Adiciones del formulario de medicamentos hasta la fecha en 2018

Revised 1º de Octubre del 2018

Nombre del Medicamento	Descripción del cambio	Medicamento Alternativo*	Nivel de medicamento alternativo	Fecha de entrada en vigencia
ilumya 100mg/ml	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Octubre del 2018
IMBRUVICA CAPS 70MG	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018
IMBRUVICA TABS 140MG	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018
IMBRUVICA TABS 280MG	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018
IMBRUVICA TABS 420MG	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018
IMBRUVICA TABS 560MG	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018
imiquiob pump 3.75% cream	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Octubre del 2018
INSULIN SYRINGE/NEEDLE 0.3ML/30G X 5/16"	Nivel 1 & QL 200/30	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
INSULIN SYRINGE/NEEDLE 0.3ML/31G X 5/16"	Nivel 1 & QL 200/30	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
INSULIN SYRINGE/NEEDLE 0.5ML/29G X 1/2"	Nivel 1 & QL 200/30	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
INSULIN SYRINGE/NEEDLE 0.5ML/30G X 5/16"	Nivel 1 & QL 200/30	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
INSULIN SYRINGE/NEEDLE 0.5ML/31G X 5/16"	Nivel 1 & QL 200/30	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
INSULIN SYRINGE/NEEDLE 1ML/29G X 1/2"	Nivel 1 & QL 200/30	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
INSULIN SYRINGE/NEEDLE 1ML/30G X 5/16	Nivel 1 & QL 200/30	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
INSULIN SYRINGE/NEEDLE 1ML/31G X 5/16"	Nivel 1 & QL 200/30	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
isotretinoin caps 10mg	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
isotretinoin caps 20mg	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
isotretinoin caps 30mg	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
isotretinoin caps 40mg	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
itraconazole 10mg/ml soln	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Octubre del 2018
JYNARQUE TBPK 45/15	Nivel 1 & QL 56/28	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
JYNARQUE TBPK 60/30	Nivel 1 & QL 56/28	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
JYNARQUE TBPK 90/30	Nivel 1 & QL 56/28	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
kelnor 1/50 tabs 50mcg;1mg	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018





Adiciones del formulario de medicamentos hasta la fecha en 2018

Revised 1º de Octubre del 2018

Nombre del Medicamento	Descripción del cambio	Medicamento Alternativo*	Nivel de medicamento alternativo	Fecha de entrada en vigencia
ketoprofen caps 25mg	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Septiembre del 2018
ketorolac tromethamine 0.4% soln	Nivel 1 & ST	N/A	N/A	1º de Octubre del 2018
ketorolac tromethamine 0.5% soln	Nivel 1 & ST	N/A	N/A	1º de Octubre del 2018
KYPROLIS 10MG SOLR	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Octubre del 2018
lansoprazole tbdp 15mg	Nivel 1 & QL 30/30	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018
lansoprazole tbdp 30mg	Nivel 1 & QL 30/30	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018
latanoprost 0.005% soln	Nivel 1 & ST	N/A	N/A	1º de Octubre del 2018
lenvima 12mg daily dose 4mg pk	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Octubre del 2018
lenvima 4mg daily dose 4mg pk	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Octubre del 2018
levetiracetam/sodium chloride inj 1000mg/100ml; 750mg/100ml	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Julio del 2018
levetiracetam/sodium chloride inj 1500mg/100ml; 540mg/100ml	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Julio del 2018
levetiracetam/sodium chloride inj 500mg/100ml; 820mg/100ml	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Julio del 2018
levoleucovorin calcuim 250mg/5ml soln	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Octubre del 2018
LOKELMA 10MG PK	Nivel 1 & PA & QL 90/30	N/A	N/A	1º de Octubre del 2018
LOKELMA 5MG PK	Nivel 1 & PA & QL 90/30	N/A	N/A	1º de Octubre del 2018
LUCEMYRA TAB 0.18MG	Nivel 1 & QL 480/30	N/A	N/A	1º de Septiembre del 2018
LUCEMYRA TABS 0.18MG	Nivel 1 & QL 480/30	N/A	N/A	1º de Julio del 2018
MAKENA SOAJ 275MG/1.1ML	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018

410 N. 44th 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 del formulario de medicamentos hasta la fecha en 2018

Revised 1º de Octubre del 2018

Nombre del Medicamento	Descripción del cambio	Medicamento Alternativo*	Nivel de medicamento alternativo	Fecha de entrada en vigencia
MEKTOVI TABS 15MG	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Agosto del 2018
memantine hydrochloride er cp24 14mg	Nivel 1 & QL 30/30	N/A	N/A	1º de Abril del 2018
memantine hydrochloride er cp24 21mg	Nivel 1 & QL 30/30	N/A	N/A	1º de Abril del 2018
memantine hydrochloride er cp24 28mg	Nivel 1 & QL 30/30	N/A	N/A	1º de Abril del 2018
memantine hydrochloride er cp24 7mg	Nivel 1 & QL 30/30	N/A	N/A	1º de Abril del 2018
MESALAMINE DR TBEC 800MG	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018
metformin hcl 500mg/5ml	Nivel 1 & QL 765ml/30	N/A	N/A	1º de Septiembre del 2018
methylphenidate hcl er tab 10mg	Nivel 1 & PA & QL 30/30 & AL max 18Y	N/A	N/A	1º de Septiembre del 2018
methylphenidate hcl er tab 20mg	Nivel 1 & PA & QL 30/30 & AL max 18Y	N/A	N/A	1º de Septiembre del 2018
methylphenidate hydrochloride cp24 10mg	Nivel & PA & 180/30	N/A	N/A	1º de Abril del 2018
methylphenidate hydrochloride er 10mg tab	Nivel 1 & QL 180/30 & AL 18Y	N/A	N/A	1º de Octubre del 2018
methylphenidate hydrochloride er 20mg tab	Nivel 1 & QL 90/30 & AL 18Y	N/A	N/A	1º de Octubre del 2018
methylphenidate hydrochloride er cp24 10mg	Nivel 1 & PA & QL 180/30	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018
methylphenidate hydrochloride er tbcr 72mg	Nivel 1 & QL 30/30 & PA	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
methylprednisolone acetate susp 50mg/ml	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Agosto del 2018
midazolam hydrochloride soln 2mg/2ml	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Abril del 2018
midazolam hydrochloride 50mg/10ml soln	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Octubre del 2018
miglustat cap 100mg	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Septiembre del 2018
miglustat caps 100mg	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Juno del 2018

410 N. 44th 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 del formulario de medicamentos hasta la fecha en 2018

Revised 1º de Octubre del 2018

Nombre del Medicamento	Descripción del cambio	Medicamento Alternativo*	Nivel de medicamento alternativo	Fecha de entrada en vigencia
mili tabs 35mcg, 0.25mg	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Agosto del 2018
minocycline hydrochloride tb24 115mg	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Abril del 2018
minocycline hydrochloride tb24 65mg	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Abril del 2018
MITIGO SOLN 10MG/ML	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Septiembre del 2018
MITIGO SOLN 25MG/ML	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Septiembre del 2018
moxifloxacin hydrochloride soln 0.5%	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Abril del 2018
mulpleta 3mg tabs	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Octubre del 2018
mutamycin solr 20mg	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Abril del 2018
mutamycin solr 40mg	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Abril del 2018
mutamycin solr 5mg	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Abril del 2018
NEVANAC 0.1% SUSP	Nivel 1 & ST	N/A	N/A	1º de Octubre del 2018
NIVESTYM 300MCG/0.5ML	Nivel 1 & ST	N/A	N/A	1º de Octubre del 2018
NIVESTYM 480MCG/0.8ML	Nivel 1 & ST	N/A	N/A	1º de Octubre del 2018
nolix cre 0.05%	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
NORVIR PACK 100MG	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Julio del 2018
NUCALA SOLR 100MG	Nivel 1 & PA & QL 3/28	N/A	N/A	1º de Abril del 2018
NUPLAZID CAPS 34MG	Nivel 1 & PA & QL 30/30	N/A	N/A	1º de Septiembre del 2018
NUPLAZID TAB 10MG	Nivel 1 & PA & QL 30/30	N/A	N/A	1º de Septiembre del 2018
nutrilyte conc 2.03meq/ml; 0.25meq/ml; 1.68meq/ml; 0.25meq/ml; 0.4meq/ml; 2.03meq/ml; 1.25meq	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018

410 N. 44th 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 del formulario de medicamentos hasta la fecha en 2018

Revised 1º de Octubre del 2018

Nombre del Medicamento	Descripción del cambio	Medicamento Alternativo*	Nivel de medicamento alternativo	Fecha de entrada en vigencia
okebo caps 75mg	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Abril del 2018
okebo caps 100mg	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
OLUMIANT TAB 2MG	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Septiembre del 2018
OLUMIANT TABS 2MG	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Julio del 2018
omnipod	Nivel 1 & QL 30/30	N/A	N/A	1º de Octubre del 2018
omnipod 5 pack	Nivel 1 & QL 30/30	N/A	N/A	1º de Octubre del 2018
omnipod dash system kit	Nivel 1 & QL 1/365	N/A	N/A	1º de Octubre del 2018
omnipod starter kit	Nivel 1 & QL 1/365	N/A	N/A	1º de Octubre del 2018
ONPATTRO 10MG/5ML SOLN	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Octubre del 2018
OPDIVO SOLN 240MG/24ML	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
ORKAMBI 125MG; 100MG PK	Nivel 1 & PA & QL 56/28	N/A	N/A	1º de Octubre del 2018
oxacillin sodium inj 1gm	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Septiembre del 2018
oxacillin solr 1gm	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Agosto del 2018
palonosetron hydrochloride 0.25mg/5ml	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Octubre del 2018
PALONOSETRON HYDROCHLORIDE SOLN 0.25MG/2ML	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018
palonosetron hydrochloride soln 0.25MG/5ML	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018
PERSERIS 120MG	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Octubre del 2018





Adiciones del formulario de medicamentos hasta la fecha en 2018

Revised 1º de Octubre del 2018

Nombre del Medicamento	Descripción del cambio	Medicamento Alternativo*	Nivel de medicamento alternativo	Fecha de entrada en vigencia
PERSERIS 90MG	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Octubre del 2018
phenylephrine hydrochloride inj 10mg/ml	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Julio del 2018
polocaine soln 1%	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018
polocaine soln 2%	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018
polocaine-mpf soln 1%	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018
polocaine-mpf soln 1.5%	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018
polocaine-mpf soln 2%	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018
potassium chloride proamp 2meq/ml soln	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Octubre del 2018
poteligeo 20mg/5ml soln	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Octubre del 2018
praziquantel tabs 600mg	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
prednisolone acetate p-f susp 1%	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Julio del 2018
PREVMIS SOLN 240MG/12ML	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
PREVMIS SOLN 480MG/24ML	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
PREVMIS TABS 240MG	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
PREVMIS TABS 480MG	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
PRO COMFORT INSULIN SYRINGES/0.5ML/30G X 1/2"	Nivel 1 & QL 200/30	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018
PRO COMFORT INSULIN SYRINGES/0.5ML/30G X 5/16"	Nivel 1 & QL 200/30	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018
PRO COMFORT INSULIN SYRINGES/0.5ML/31G X 5/16"	Nivel 1 & QL 200/30	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018
PRO COMFORT INSULIN SYRINGES/1ML/30G X 1/2"	Nivel 1 & QL 200/30	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018
PRO COMFORT INSULIN SYRINGES/1ML/30G X 5/16"	Nivel 1 & QL 200/30	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018
PRO COMFORT INSULIN SYRINGES/1ML/31G X 5/16"	Nivel 1 & QL 200/30	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018
PROLASTIN-C SOLN 1000MG/20ML	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018
PROLENSA 0.07% SOLN	Nivel 1 & ST	N/A	N/A	1º de Octubre del 2018
QVAR REDHALER AERB 40MCG/ACT	Nivel 1 & QL 21.2GM/30	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018

410 N. 44th 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 del formulario de medicamentos hasta la fecha en 2018

Revised 1º de Octubre del 2018

Nombre del Medicamento	Descripción del cambio	Medicamento Alternativo*	Nivel de medicamento alternativo	Fecha de entrada en vigencia
QVAR REDIHALER AERB 80MCG/ACT	Nivel 1 & QL 21.2GM/30	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
ranitidine hydrochloride 150mg/6ml soln	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Octubre del 2018
relexxii tab 72mg	Nivel 1 & PA & QL 30/30 & AL max 18Y	N/A	N/A	1º de Agosto del 2018
RHOPRESSA 0.02% SOLN	Nivel 1 & QL 2.5ML/25	N/A	N/A	1º de Octubre del 2018
ritonavir tabs 100mg	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018
romidepsin inj 10mg	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
roweepra xr tb24 500mg	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
roweepra xr tb24 750mg	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
ROXYBOND TAB 15MG	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Agosto del 2018
ROXYBOND TAB 30MG	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Agosto del 2018
SIGNIFOR LAR 10MG	Nivel 1 & PA & QL 1/28	N/A	N/A	1º de Octubre del 2018
SIGNIFOR LAR 30MG	Nivel 1 & PA & QL 1/28	N/A	N/A	1º de Octubre del 2018
SIMBRINZA 0.2% ; 1% SUSP	Nivel 1 & ST	N/A	N/A	1º de Octubre del 2018
sodium bicarbonate/dextrose soln 5% 150meq/ml	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Agosto del 2018
sotalol hydrochloride tabs 120mg	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
SPIRIVA RESPIMAT 2.5MCG/ACT AERS	Nivel 1 & ST & QL 4GM/30	N/A	N/A	1º de Octubre del 2018
STIOLTO RESPIMAT 2.5MCG/ACT AERS	Nivel 1 & QL 4GM/30	N/A	N/A	1º de Octubre del 2018
subvenite starter kit/blue kit	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Julio del 2018

410 N. 44th 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 del formulario de medicamentos hasta la fecha en 2018

Revised 1º de Octubre del 2018

Nombre del Medicamento	Descripción del cambio	Medicamento Alternativo*	Nivel de medicamento alternativo	Fecha de entrada en vigencia
subvenite starter kit/green kit	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Julio del 2018
subvenite starter kit/orange kit	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Julio del 2018
subvenite tabs 100mg	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Julio del 2018
subvenite tabs 150mg	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Julio del 2018
subvenite tabs 200mg	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Julio del 2018
subvenite tabs 25mg	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Julio del 2018
succinylcholine chloride soln 20mg/ml	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Septiembre del 2018
sumatriptan/naproxen sodium tabs 500mg; 85mg	Nivel 1 & QL 9/30	N/A	N/A	1º de Abril del 2018
SYMDEKO TBPK 150MG; 100MG	Nivel 1 & PA & QL 56/28	N/A	N/A	1º de Abril del 2018
SYMFI LO TABS 400MG; 300MG; 300MG	Nivel 1 & QL 30/30	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018
SYMFI TABS 600MG; 300MG; 300MG	Nivel 1 & QL 30/30	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
SYMTUZA TABS 150MG; 800MG; 200MG; 10MG	Nivel 1 & QL 30/30	N/A	N/A	1º de Septiembre del 2018
tadalafil 20mg tabs	Nivel 1 & PA & QL 60/30	N/A	N/A	1º de Octubre del 2018
TAKHZYRO 300MG/2ML SOLN	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Octubre del 2018
TAMIFLU CAPS 30MG	Nivel 1 & QL 112/365	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
TAMIFLU CAPS 45MG	Nivel 1 & QL 60/365	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
TAMIFLU CAPS 75MG	Nivel 1 & QL 110/365	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
TASIGNA CAPS 50MG	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018
TAVALISSE TABS 100MG	Nivel 1 & PA & QL 60/30	N/A	N/A	1º de Agosto del 2018
TAVALISSE TABS 150MG	Nivel 1 & PA & QL 60/30	N/A	N/A	1º de Agosto del 2018
temsirolimus 25mg/ml soln	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Octubre del 2018





Adiciones del formulario de medicamentos hasta la fecha en 2018

Revised 1º de Octubre del 2018

Nombre del Medicamento	Descripción del cambio	Medicamento Alternativo*	Nivel de medicamento alternativo	Fecha de entrada en vigencia
THYROGEN 1.1MG SOLR	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Octubre del 2018
tiagabine hydrochloride tabs 12mg	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018
tiagabine hydrochloride tabs 16mg	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018
TIBSOVO TABS 250MG	Nivel 1 & PA & QL 60/30	N/A	N/A	1º de Septiembre del 2018
timolol maleate soln 0.5%	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
TOUJEO MAX SOLOSTAR INJ 300UNIT/ML	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Julio del 2018
tramadol hcl er tb24 100mg	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
tramadol hcl er tb24 200mg	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
tramadol hcl er tb24 300mg	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
TRAVATAN Z 0.004% SOLN	Nivel 1 & ST & QL 2.5ML/25	N/A	N/A	1º de Octubre del 2018
TRELEGY ELLIPTA 100MCG/INH; 62.5MCG/INH; 25MCG/INH	Nivel 1 & QL 60/30	N/A	N/A	1º de Septiembre del 2018
TRESIBA FLEXTOUCH INJ 100UNIT/ML	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
TRESIBA FLEXTOUCH INJ 200UNIT/ML	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
triamcinolone acetone inj 40mg/ml	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
trientine hydrochloride caps 250mg	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Abril del 2018
tri-mili tabs	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Agosto del 2018
TRISENOX SOLN 12MG/6ML	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
tri-vylibra tabs	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Julio del 2018
TROGARZO SOLN 200MG/1.33ML	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018
tydemy tabs 3mg; 0.03mg; 0.451mg	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018
vancomycin hydrochloride 250mg solr	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Octubre del 2018





Adiciones del formulario de medicamentos hasta la fecha en 2018

Revised 1º de Octubre del 2018

Nombre del Medicamento	Descripción del cambio	Medicamento Alternativo*	Nivel de medicamento alternativo	Fecha de entrada en vigencia
vancomycin hydrochloride 750mg solr	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Octubre del 2018
VIDEX EC CPDR 125MG	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018
vigadrone pack 500mg	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Agosto del 2018
VIRAMUNE SUSP 50MG/5ML	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
VIVITROL SUSR 380MG	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
vylibra tabs 35mcg; 0.25mg	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Julio del 2018
XELJANZ 10MG TABS	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Octubre del 2018
XELJANZ 10MG TABS	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Octubre del 2018
XELJANZ TABS 10MG	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Agosto del 2018
XTAMPZA ER C12A 13.5MG	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018
XTAMPZA ER C12A 18MG	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018
XTAMPZA ER C12A 27MG	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018
XTAMPZA ER C12A 36MG	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018
XTAMPZA ER C12A 9MG	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Mayo del 2018
YONSA TABS 125MG	Nivel 1 & PA	N/A	N/A	1º de Septiembre del 2018
ZENPEP CPEP 105000UNIT; 25000UNIT; 79000UNIT	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Abril del 2018
ZENPEP CPEP 14000UNIT; 3000UNIT; 10000UNIT	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Octubre del 2018
ZENPEP CPEP 168000UNIT; 40000UNIT; 126000UNIT	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Marzo del 2018
ZENPEP CPEP 24000UNIT; 5000UNIT; 17000UNIT	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Abril del 2018
ZENPEP CPEP 42000UNIT; 10000UNIT; 32000UNIT	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Juno del 2018
ZENPEP CPEP 63000UNIT; 15000UNIT; 47000UNIT	Nivel 1	N/A	N/A	1º de Octubre del 2018

410 N. 44th 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

