



ACTUALIZACION DE CAMBIOS AL FORMULARIO 2018:

El siguiente resumen describe los cambios al formulario de la Parte D efectivos enero 1, 2018

| Medicamento Afectado | Referencia de Marca | Descripción del Cambio | Razón del Cambio | Fecha de Efectividad del Cambio | Medicamento Alternativo | Nivel (Alternativa) |
|--|---------------------|--|-------------------|---------------------------------|-------------------------|---------------------|
| Vigabatrin Pack 500 mg | Sabril | Se añade al formulario, Nivel 5, PA | Se añade genérico | 01/01/2018 | N/A | N/A |
| Diazepam Rectal Gel 2.5 mg; 10 mg | | Se añade al formulario, Nivel 4 | Se añade genérico | 01/01/2018 | N/A | N/A |
| Estradiol Vaginal Insert 10 mcg | Vagifem | Se añade al formulario, Nivel 2 | Se añade genérico | 01/01/2018 | N/A | N/A |
| Zytiga Oral Tab 500 mg | | Se añade al formulario, Nivel 5, PA | Se añade de marca | 01/01/2018 | N/A | N/A |
| Isentress HD Tab 600 mg | | Se añade al formulario, Nivel 5 | Se añade de marca | 01/01/2018 | N/A | N/A |
| Benlysta Inj. 120 mg/Vial; 400 mg/Vial | | Se añade al formulario, Nivel 5, PA (B vs D) | Se añade de marca | 01/01/2018 | N/A | N/A |
| Lynparza Oral Tab 100 mg; 150 mg | | Se añade al formulario, Nivel 5, PA | Se añade de marca | 01/01/2018 | N/A | N/A |

| Medicamento Afectado | Referencia de Marca | Descripción del Cambio | Razón del Cambio | Fecha de Efectividad del Cambio | Medicamento Alternativo | Nivel (Alternativa) |
|--|---------------------|--|-------------------|---------------------------------|-------------------------|---------------------|
| Amnesteem Oral Cap 10 mg; 20 mg; 40 mg | Clarivis | Se añade al formulario, Nivel 2 | Se añade genérico | 01/01/2018 | N/A | N/A |
| Meropenem Inj. 1 gm | Merrem | Se añade al formulario, Nivel 4, PA(B vs D) | Se añade genérico | 01/01/2018 | N/A | N/A |
| Mesalamine Oral Tab 1.2 gm | Lialda | Se añade al formulario, Nivel 2 | Se añade genérico | 01/01/2018 | N/A | N/A |
| Moxifloxacin Ophthalmic Sol. 0.5% | Vigamox | Se añade al formulario, Nivel 2 | Se añade genérico | 01/01/2018 | N/A | N/A |
| Orfadin Oral Cap 20 mg | | Se añade al formulario, Nivel 5, PA | Se añade de marca | 01/01/2018 | N/A | N/A |
| Sevelamer Oral Tab 800 mg | Renvela | Se añade al formulario, Nivel 4, QL | Se añade genérico | 01/01/2018 | N/A | N/A |
| Glyxambi Oral Tab 10 mg/ 5 mg; 25 mg/ 5 mg | | Se añade al formulario, Nivel 3, QL | Se añade de marca | 01/01/2018 | N/A | N/A |
| Intron Inj. 25 MU | | Se añade al formulario, Nivel 5, PA (B vs D) | Se añade de marca | 01/01/2018 | N/A | N/A |
| Prednisolone Oral Sol. 10 mg/5 ml | Milipred | Se añade al formulario, Nivel 2 | Se añade genérico | 01/01/2018 | N/A | N/A |

| Medicamento Afectado | Referencia de Marca | Descripción del Cambio | Razón del Cambio | Fecha de Efectividad del Cambio | Medicamento Alternativo | Nivel (Alternativa) |
|--|---------------------|---|-----------------------------|---------------------------------|-------------------------|---------------------|
| Prednisolone Oral Sol. 20 mg/5 mg | Virapred | Se añade a formulario, Nivel 2 | Se añade genérico | 01/01/2018 | N/A | N/A |
| Methotrexate Inj. 50 mg/ 2 ml (25 mg/ml) | | Se añade a formulario, Nivel 2, PA (B vs D) | Se añade genérico | 01/01/2018 | N/A | N/A |
| Eliquis Oral Tab 2.5 mg; 5 mg | | Se añade a formulario, Nivel 3 | Se añade de marca | 01/01/2018 | N/A | N/A |
| Kenalog Inj. 40 mg | | Se añade a formulario, Nivel 3 | Se añade de marca | 01/01/2018 | N/A | N/A |
| Loryna Oral Tab 3-0.02 mg | | Cambio de Nivel | Cambio de Nivel 4 a Nivel 2 | 01/01/2018 | N/A | N/A |
| Nikki Oral Tab 3-0.02 mg | | Cambio de Nivel | Cambio de Nivel 4 a Nivel 2 | 01/01/2018 | N/A | N/A |
| Kariva Oral Tab 28 Day | | Cambio de Nivel | Cambio de Nivel 4 a Nivel 2 | 01/01/2018 | N/A | N/A |
| Pimtreea Oral Tab | | Cambio de Nivel | Cambio de Nivel 4 a Nivel 2 | 01/01/2018 | N/A | N/A |
| Calquence Oral Cap | | Se Añade al Formulario, Nivel 5, PA, QL | Se Añade de Marca | 01/01/2018 | N/A | N/A |

| Medicamento Afectado | Referencia de Marca | Descripción del Cambio | Razón del Cambio | Fecha de Efectividad del Cambio | Medicamento Alternativo | Nivel (Alternativa) |
|---|---------------------|---|-------------------|---------------------------------|-------------------------|---------------------|
| Verzenio Oral Tab 50 mg, 100 mg, 150 mg, 200 mg | | Se Añade al Formulario, Nivel 5, PA, QL | Se Añade de Marca | 01/01/2018 | N/A | N/A |
| Juluca Oral Tab 50-25 mg | | Se Añade al Formulario, Nivel 5 | Se Añade de Marca | 01/01/2018 | N/A | N/A |
| Bavencio Inj. 20 mg/ml vial (200 mg/10 ml) | | Se Añade al Formulario, Nivel 5, PA, B vs D | Se Añade de Marca | 01/01/2018 | N/A | N/A |

Aplica a: Premier Preferred Platino, PMC Max



Para radicar una solicitud deberá proveer la evidencia de necesidad médica escrita por el médico que prescribe. Para más información puede hacer referencia a la sección ¿Cómo puedo solicitar una excepción al formulario?, en la Evidencia de Cubierta.

Para más información, comuníquese con nuestro Departamento de Servicios al Afiliado al (787) 625-2126 (Área Metro), 1-866-516-7700 (libre de cargos) o al 1-866-516-7701 TTY (audioimpedidos), de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.