

City of Houston

4888 Loop Central Drive, Suite 300, Houston, TX 77081

Apéndice del Formulario con fecha del 10/01/2018

Es posible que se hayan producido cambios desde la impresión del formulario actual de TexanPlus[®] HMO. A continuación se enumeran los medicamentos que se agregaron o eliminaron del Formulario.

Esta no es una lista completa de todos los medicamentos del Formulario cubiertos por el plan. Para obtener una lista completa, llame a Servicios a los Miembros al 1-866-230-2513, de 8.00 a. m. a 8.00 p. m. en su zona horaria local (los usuarios de TTY deben llamar al 711), los 7 días de la semana o visite www.TexanPlus.com.

Conserve esto con su copia del Formulario.

Agregados al formulario al 01/01/2018

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	Requisitos/Límites
<i>abacavir sulfate soln 20 mg/ml (base equiv)</i>	2	
AUSTEDO TAB 12MG	5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
AUSTEDO TAB 6MG	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, LA, PA
AUSTEDO TAB 9MG	5	NDS, QL (120 tabs / 30 days), NM, LA, PA
CASPOFUNGIN INJ 50MG	5	NDS
CASPOFUNGIN INJ 70MG	5	NDS
<i>eletriptan hydrobromide tab 20 mg (base equivalent)</i>	2	QL (12 tabs / 30 days)
<i>eletriptan hydrobromide tab 40 mg (base equivalent)</i>	2	QL (12 tabs / 30 days)
<i>endocet tab 2.5-325</i>	2	QL (360 tabs / 30 days)
EPCLUSA TAB 400-100	5	NDS, NM, PA
<i>fosamprenavir calcium tab 700 mg (base equiv)</i>	5	NDS

PA = Autorización previa, QL = Límites de cantidad, ST = Terapia escalonada,
LA = Acceso limitado, HR = Alto riesgo, NM = No disponible para venta por correo,
B/D = Cubierto por las Partes B o D de Medicare, NDS = Suministro diario no extendido.
Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más información acerca de esta cobertura.

En la primera columna del cuadro, se menciona el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca aparecen en mayúsculas (p. ej., COUMADIN) y los genéricos, en cursiva minúscula (p. ej., *warfarina*).

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	Requisitos/Límites
<i>glatiramer acetate soln prefilled syringe 40 mg/ml</i>	5	NDS, QL (12 syringes / 28 days), NM, PA
HAEGARDA INJ 2000UNIT	5	NDS, QL (30 vials / 30 days), NM, LA, PA
HAEGARDA INJ 3000UNIT	5	NDS, QL (20 vials / 30 days), NM, LA, PA
HARVONI TAB 90-400MG	5	NDS, NM, PA
HYSINGLA ER TAB 100 MG	3	QL (30 tabs / 30 days)
HYSINGLA ER TAB 120 MG	3	QL (30 tabs / 30 days)
HYSINGLA ER TAB 20 MG	3	QL (60 tabs / 30 days)
HYSINGLA ER TAB 30 MG	3	QL (60 tabs / 30 days)
HYSINGLA ER TAB 40 MG	3	QL (60 tabs / 30 days)
HYSINGLA ER TAB 60 MG	3	QL (60 tabs / 30 days)
HYSINGLA ER TAB 80 MG	3	QL (30 tabs / 30 days)
IDHIFA TAB 100MG	5	NDS, NM, LA, PA
IDHIFA TAB 50MG	5	NDS, NM, LA, PA
<i>levalbuterol hcl soln nebu 1.25 mg/3ml (base equiv)</i>	2	B/D
<i>lidocaine hcl local preservative free (pf) inj 1.5%</i>	2	B/D
LYNPARZA TAB 100MG	5	NDS, NM, LA, PA
LYNPARZA TAB 150MG	5	NDS, NM, LA, PA
MAVYRET TAB 100-40MG	5	NDS, NM, PA
MORPHINE SUL INJ 10MG/ML	4	B/D
NERLYNX TAB 40MG	5	NDS, NM, LA, PA
<i>prasugrel hcl tab 10 mg (base equiv)</i>	2	
<i>prasugrel hcl tab 5 mg (base equiv)</i>	2	
RAYALDEE CAP 30MCG	5	NDS
RITUXAN INJ HYCELA	5	NDS, NM, LA, PA
<i>scopolamine td patch 72hr 1 mg/3days</i>	4	QL (10 patches / 30 days), PA; PA if 65 years and older
<i>sodium phenylbutyrate tab 500 mg</i>	5	NDS, NM, PA

PA = Autorización previa, QL = Límites de cantidad, ST = Terapia escalonada,
 LA = Acceso limitado, HR = Alto riesgo, NM = No disponible para venta por correo,
 B/D = Cubierto por las Partes B o D de Medicare, NDS = Suministro diario no extendido.
 Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más información acerca de esta cobertura.

En la primera columna del cuadro, se menciona el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca aparecen en mayúsculas (p. ej., COUMADIN) y los genéricos, en cursiva minúscula (p. ej., *warfarina*).

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	Requisitos/Límites
TEKTURNA HCT TAB 150-12.5	4	
TEKTURNA HCT TAB 150-25MG	4	
TEKTURNA HCT TAB 300-12.5	4	
TEKTURNA HCT TAB 300-25MG	4	
TEKTURNA TAB 150MG	4	
TEKTURNA TAB 300MG	4	
TRELEGY AER ELLIPTA	3	QL (60 blisters / 30 days)
triklo cap 1gm	2	
VERZENIO TAB 100MG	5	NDS, NM, LA, PA
VERZENIO TAB 150MG	5	NDS, NM, LA, PA
VERZENIO TAB 200MG	5	NDS, NM, LA, PA
VERZENIO TAB 50MG	5	NDS, NM, LA, PA
<i>vigabatrin powd pack 500 mg</i>	5	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, LA, PA
VIRAMUNE SUS 50MG/5ML	4	
VOSEVI TAB	5	NDS, NM, PA
XULTOPHY INJ 100/3.6	3	QL (5 pens / 30 days)
ZEPATIER TAB 50-100MG	5	NDS, NM, PA

Agregados al formulario al 03/01/2018

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	Requisitos/Límites
ALUNBRIG PAK	5	NDS, NM, LA, PA
ALUNBRIG TAB 180MG	5	NDS, NM, LA, PA
ALUNBRIG TAB 90MG	5	NDS, NM, LA, PA
<i>amnesteem cap 10mg</i>	2	PA
<i>amnesteem cap 20mg</i>	2	PA
<i>amnesteem cap 40mg</i>	2	PA
ANDROGEL GEL 1.62%	3	QL (150 grams / 30 days), PA
<i>atazanavir sulfate cap 150 mg (base equiv)</i>	5	NDS

PA = Autorización previa, QL = Límites de cantidad, ST = Terapia escalonada,
 LA = Acceso limitado, HR = Alto riesgo, NM = No disponible para venta por correo,
 B/D = Cubierto por las Partes B o D de Medicare, NDS = Suministro diario no extendido.
 Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más información acerca de esta cobertura.

En la primera columna del cuadro, se menciona el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca aparecen en mayúsculas (p. ej., COUMADIN) y los genéricos, en cursiva minúscula (p. ej., *warfarina*).

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	Requisitos/Límites
<i>atazanavir sulfate cap 200 mg (base equiv)</i>	5	NDS
<i>atazanavir sulfate cap 300 mg (base equiv)</i>	5	NDS
AZACTAM INJ 1GM	4	
AZACTAM INJ 2GM	4	
<i>BENLYSTA INJ 200MG/ML</i>	5	NDS, NM, PA
<i>BORTEZOMIB INJ 3.5MG</i>	5	NDS, NM, PA
<i>BOSULIF TAB 400MG</i>	5	NDS, NM, PA
<i>BYDUREON INJ BCISE</i>	3	QL (4 pens / 28 days)
<i>CALQUENCE CAP 100MG</i>	5	NDS, NM, LA, PA
<i>casprofungin acetate for iv soln 50 mg</i>	5	NDS
<i>dasetta tab 1/35</i>	2	
<i>dasetta tab 7/7/7</i>	2	
<i>diazepam rectal gel delivery system 10 mg</i>	2	
<i>diazepam rectal gel delivery system 2.5 mg</i>	2	
<i>diazepam rectal gel delivery system 20 mg</i>	2	
<i>efavirenz cap 200 mg</i>	5	NDS
<i>efavirenz cap 50 mg</i>	2	
<i>enskyce tab</i>	2	
<i>ESTRACE VAG CRE 0.01%</i>	4	
<i>estradiol vaginal cream 0.1 mg/gm</i>	2	
<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-35 mcg</i>	2	
<i>FIASP FLEX INJ TOUCH</i>	3	
<i>FIASP INJ 100/ML</i>	3	
<i>glatiramer acetate soln prefilled syringe 20 mg/ml</i>	5	NDS, QL (30 syringes / 30 days), NM, PA
<i>glydo gel 2%</i>	2	QL (30 mL / 30 days), PA
<i>isibloom tab 0.15-30</i>	2	
<i>levo-t tab 100mcg</i>	2	
<i>levo-t tab 112mcg</i>	2	
<i>levo-t tab 125mcg</i>	2	

PA = Autorización previa, QL = Límites de cantidad, ST = Terapia escalonada,
 LA = Acceso limitado, HR = Alto riesgo, NM = No disponible para venta por correo,
 B/D = Cubierto por las Partes B o D de Medicare, NDS = Suministro diario no extendido.
 Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más información acerca de esta cobertura.

En la primera columna del cuadro, se menciona el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca aparecen en mayúsculas (p. ej., COUMADIN) y los genéricos, en cursiva minúscula (p. ej., *warfarina*).

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	Requisitos/Límites
<i>levo-t tab 137mcg</i>	2	
<i>levo-t tab 150mcg</i>	2	
<i>levo-t tab 175mcg</i>	2	
<i>levo-t tab 200 mcg</i>	2	
<i>levo-t tab 25mcg</i>	2	
<i>levo-t tab 300 mcg</i>	2	
<i>levo-t tab 50mcg</i>	2	
<i>levo-t tab 75mcg</i>	2	
<i>levo-t tab 88mcg</i>	2	
<i>mafenide acetate packet for topical soln 5% (50 gm)</i>	2	
<i>magnesium sulfate iv soln 20 gm/500ml (40 mg/ml)</i>	3	
<i>magnesium sulfate iv soln 4 gm/100ml (40 mg/ml)</i>	3	
<i>magnesium sulfate iv soln 4 gm/50ml (80 mg/ml)</i>	3	
<i>magnesium sulfate iv soln 40 gm/1000ml (40 mg/ml)</i>	3	
<i>MYLOTARG INJ 4.5MG</i>	5	NDS, NM, LA, PA
<i>norethindrone & mestranol tab 1 mg-50 mcg</i>	2	
<i>NYMALIZE SOL 30/10ML</i>	5	NDS
<i>OCTAGAM INJ 10/100ML</i>	5	NDS, NM, PA
<i>OCTAGAM INJ 20/200ML</i>	5	NDS, NM, PA
<i>OCTAGAM INJ 5GM/50ML</i>	5	NDS, NM, PA
<i>oseltamivir phosphate for susp 6 mg/ml (base equiv)</i>	2	QL (1080 mL / year)
<i>sevelamer carbonate packet 0.8 gm</i>	2	QL (540 packs / 30 days)
<i>sevelamer carbonate packet 2.4 gm</i>	2	QL (180 packs / 30 days)
<i>sevelamer carbonate tab 800 mg</i>	2	QL (540 tabs / 30 days)
<i>SHINGRIX INJ 50MCG</i>	3	QL (2 vials per lifetime)
<i>tenofovir disoproxil fumarate tab 300 mg</i>	5	NDS
<i>tigecycline for iv soln 50 mg</i>	5	NDS

PA = Autorización previa, QL = Límites de cantidad, ST = Terapia escalonada,
 LA = Acceso limitado, HR = Alto riesgo, NM = No disponible para venta por correo,
 B/D = Cubierto por las Partes B o D de Medicare, NDS = Suministro diario no extendido.
 Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más información acerca de esta cobertura.

En la primera columna del cuadro, se menciona el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca aparecen en mayúsculas (p. ej., COUMADIN) y los genéricos, en cursiva minúscula (p. ej., *warfarina*).

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	Requisitos/Límites
<i>timolol maleate ophth soln 0.5% (once-daily)</i>	2	
TRISENOX INJ 12MG/6ML	5	NDS, B/D
VIDEX EC CAP 125MG	4	
XIGDUO XR TAB 2.5-1000	3	QL (60 tabs / 30 days)
ZENPEP CAP	4	

Agregados al formulario al 04/01/2018

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	Requisitos/Límites
ELIQUIS ST P TAB 5MG	3	
JULUCA TAB 50-25MG	5	NDS
<i>kurvelo tab 0.15/30</i>	2	
MORPHINE SUL INJ 5MG/ML	4	B/D
<i>morphine sulfate inj 10 mg/ml</i>	4	B/D
<i>morphine sulfate inj 8 mg/ml</i>	4	B/D
<i>roweepra xr tab 500mg xr</i>	2	
<i>roweepra xr tab 750mg xr</i>	2	
SOLIQUA INJ 100/33	3	QL (10 pens / 30 days)
<i>trientine hcl cap 250 mg</i>	5	NDS
VIVITROL INJ 380MG	5	NDS, NM

Agregados al formulario al 05/01/2018

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	Requisitos/Límites
BIKTARVY TAB	5	NDS
<i>caspofungin acetate for iv soln 70 mg</i>	5	NDS
DALIRESP TAB 250MCG	4	
<i>efavirenz tab 600 mg</i>	5	NDS
ENDARI POW 5GM	5	NDS, NM, LA, PA
ERLEADA TAB 60MG	5	NDS, NM, LA, PA

PA = Autorización previa, QL = Límites de cantidad, ST = Terapia escalonada,
 LA = Acceso limitado, HR = Alto riesgo, NM = No disponible para venta por correo,
 B/D = Cubierto por las Partes B o D de Medicare, NDS = Suministro diario no extendido.
 Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más información acerca de esta cobertura.

En la primera columna del cuadro, se menciona el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca aparecen en mayúsculas (p. ej., COUMADIN) y los genéricos, en cursiva minúscula (p. ej., *warfarina*).

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	Requisitos/Límites
<i>glatopa inj 40mg/ml</i>	5	NDS, QL (12 syringes / 28 days), NM, PA
IMBRUVICA CAP 70MG	5	NDS, NM, LA, PA
IMBRUVICA TAB 140MG	5	NDS, NM, LA, PA
IMBRUVICA TAB 280MG	5	NDS, NM, LA, PA
IMBRUVICA TAB 420MG	5	NDS, NM, LA, PA
IMBRUVICA TAB 560MG	5	NDS, NM, LA, PA
<i>isotretinoin cap 10 mg</i>	2	PA
<i>isotretinoin cap 20 mg</i>	2	PA
<i>isotretinoin cap 30 mg</i>	2	PA
<i>isotretinoin cap 40 mg</i>	2	PA
<i>memantine hcl cap er 24hr 14 mg</i>	2	PA; PA if < 30 yrs
<i>memantine hcl cap er 24hr 21 mg</i>	2	PA; PA if < 30 yrs
<i>memantine hcl cap er 24hr 28 mg</i>	2	PA; PA if < 30 yrs
<i>memantine hcl cap er 24hr 7 mg</i>	2	PA; PA if < 30 yrs
OZEMPIC INJ 2/1.5ML	3	QL (1 pen / 28 days)
OZEMPIC INJ 2/1.5ML	3	QL (2 pens / 28 days)
<i>ritonavir tab 100 mg</i>	2	
<i>tiagabine hcl tab 12 mg</i>	2	
<i>tiagabine hcl tab 16 mg</i>	2	

Agregados al formulario al 06/01/2018

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	Requisitos/Límites
GANCICLOVIR INJ 500MG	2	B/D
<i>kelnor 1/50 tab</i>	2	
SYMFI LO TAB	5	NDS
TASIGNA CAP 50MG	5	NDS, NM, PA

PA = Autorización previa, QL = Límites de cantidad, ST = Terapia escalonada,
 LA = Acceso limitado, HR = Alto riesgo, NM = No disponible para venta por correo,
 B/D = Cubierto por las Partes B o D de Medicare, NDS = Suministro diario no extendido.
 Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más información acerca de esta cobertura.

En la primera columna del cuadro, se menciona el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca aparecen en mayúsculas (p. ej., COUMADIN) y los genéricos, en cursiva minúscula (p. ej., *warfarina*).

Agregados al formulario al 07/01/2018

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	Requisitos/Límites
<i>colesevelam hcl tab 625 mg</i>	2	
<i>cyclophosphamide cap 25 mg</i>	2	B/D
<i>cyclophosphamide cap 50 mg</i>	2	B/D
<i>docetaxel soln for iv infusion 160 mg/16ml</i>	5	NDS, B/D
<i>docetaxel soln for iv infusion 20 mg/2ml</i>	5	NDS, B/D
<i>docetaxel soln for iv infusion 80 mg/8ml</i>	5	NDS, B/D
<i>glipizide xl tab 10mg</i>	1	QL (60 tabs / 30 days)
HUMIRA INJ 10/0.1ML	5	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA INJ 20/0.2ML	5	NDS, QL (2 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA INJ 40/0.4ML	5	NDS, QL (6 syringes / 28 days), NM, PA
HUMIRA PEN INJ 40/0.4ML	5	NDS, QL (6 pens / 28 days), NM, PA
<i>miglustat cap 100 mg</i>	5	NDS, NM, PA
NARCAN SPR	3	
<i>praziquantel tab 600 mg</i>	2	
SYMDEKO TAB 100-150	5	NDS, NM, LA, PA
<i>topotecan hcl inj 4 mg/4ml (base equiv) (for infusion)</i>	5	NDS, B/D
<i>tri-vylibra tab</i>	2	
TROGARZO INJ 150MG/ML	5	NDS, NM, LA
<i>vylibra tab 0.25-35</i>	2	

Agregados al formulario al 08/01/2018

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	Requisitos/Límites
ARNUITY ELPT INH 50MCG	3	QL (30 inhalations / 30 days)
LYRICA CR TAB 165MG	3	QL (90 tabs / 30 days), PA
LYRICA CR TAB 330MG	3	QL (60 tabs / 30 days), PA
LYRICA CR TAB 82.5MG	3	QL (90 tabs / 30 days), PA

PA = Autorización previa, QL = Límites de cantidad, ST = Terapia escalonada,
 LA = Acceso limitado, HR = Alto riesgo, NM = No disponible para venta por correo,
 B/D = Cubierto por las Partes B o D de Medicare, NDS = Suministro diario no extendido.
 Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más información acerca de esta cobertura.

En la primera columna del cuadro, se menciona el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca aparecen en mayúsculas (p. ej., COUMADIN) y los genéricos, en cursiva minúscula (p. ej., *warfarina*).

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	Requisitos/Límites
<i>mili tab 0.25/35</i>	2	
NORVIR POW 100MG	3	
SYMFI TAB	5	NDS
<i>tri-mili tab</i>	2	

Agregados al formulario al 09/01/2018

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	Requisitos/Límites
CIMDUO TAB 300-300	5	NDS
<i>colesevelam hcl packet for susp 3.75 gm</i>	2	
<i>ertapenem sodium for inj 1 gm (base equivalent)</i>	2	
<i>subvenite tab</i>	1	
<i>tulana tab 0.35mg</i>	2	
XELJANZ TAB 10MG	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA

Agregados al formulario al 10/01/2018

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	Requisitos/Límites
ARISTADA INJ INITIO	5	NDS
AZASITE SOL 1%	4	
BRAFTOVI CAP 50MG	5	NDS, NM, LA, PA
BRAFTOVI CAP 75MG	5	NDS, NM, LA, PA
HEPARIN/NACL INJ 25000UNT	3	
HUMIRA PEN KIT CD/UC/HS	5	NDS, NM, PA
HUMIRA PEN KIT PS/UV	5	NDS, NM, PA
MEKTOVI TAB 15MG	5	NDS, NM, LA, PA
<i>nevirapine susp 50 mg/5ml</i>	2	
NIVA-PLUS TAB	2	
NUPLAZID CAP 34MG	5	NDS, QL (30 caps / 30 days), NM, LA, PA

PA = Autorización previa, QL = Límites de cantidad, ST = Terapia escalonada,
 LA = Acceso limitado, HR = Alto riesgo, NM = No disponible para venta por correo,
 B/D = Cubierto por las Partes B o D de Medicare, NDS = Suministro diario no extendido.
 Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más información acerca de esta cobertura.

En la primera columna del cuadro, se menciona el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca aparecen en mayúsculas (p. ej., COUMADIN) y los genéricos, en cursiva minúscula (p. ej., *warfarina*).

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	Requisitos/Límites
NUPLAZID TAB 10MG	5	NDS, QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA
O-CAL FA TAB	2	
ORKAMBI GRA 100-125	5	NDS, NM, PA
ORKAMBI GRA 150-188	5	NDS, NM, PA
PNV FOLIC AC TAB + IRON	2	
PNV PRENATAL TAB PLUS	2	
PRENATAL TAB 27-1MG	2	
PRENATAL TAB PLUS	2	
PRENATAL VIT TAB LOW IRON	2	
PREPLUS TAB 27-1MG	2	
SYMTUZA TAB	5	NDS
<i>tadalafil tab 20 mg (pah)</i>	5	NDS, QL (60 tabs / 30 days), NM, PA
TRANSDERM-SC DIS 1.5MG	4	QL (10 patches / 30 days), PA; PA if 65 years and older
TRICARE TAB PRENATAL	2	
VOL-PLUS TAB	2	

Eliminaciones del formulario al 01/01/2018

Ninguno

Eliminaciones del formulario al 03/01/2018

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	Requisitos/Límites
AMINOSYN II INJ 7%	4	B/D
<i>bisacodyl tab & peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln kit</i>	2	
<i>bromfenac sodium ophth soln 0.09% (base equivalent)</i>	2	
<i>clindamax gel 1%</i>	2	
DOCEFREZ INJ 20MG	5	NDS, B/D
ESTRACE VAG CRE 0.1MG/GM	4	
LORTAB TAB 7.5-325	2	QL (360 tabs / 30 days)

PA = Autorización previa, QL = Límites de cantidad, ST = Terapia escalonada,
 LA = Acceso limitado, HR = Alto riesgo, NM = No disponible para venta por correo,
 B/D = Cubierto por las Partes B o D de Medicare, NDS = Suministro diario no extendido.
 Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más información acerca de esta cobertura.

En la primera columna del cuadro, se menciona el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca aparecen en mayúsculas (p. ej., COUMADIN) y los genéricos, en cursiva minúscula (p. ej., *warfarina*).

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	Requisitos/Límites
LORTAB TAB 10-325MG	2	QL (360 tabs / 30 days)
LORTAB TAB 5-325MG	2	QL (360 tabs / 30 days)
MENOMUNE INJ A/C/Y/W	3	
<i>morphine sulfate iv soln pf 15 mg/ml</i>	4	B/D
<i>necon tab 1/50-28</i>	2	
NECON TAB 10/11-28	3	
NYMALIZE SOL 60/20ML	5	NDS
<i>triklo cap 1gm</i>	2	
ZAZOLE CRE 0.8%	2	
ZOLEDRONIC INJ 4MG	4	B/D, NM

Eliminaciones del formulario al 04/01/2018

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	Requisitos/Límites
<i>nyata pow 100000</i>	2	

Eliminaciones del formulario al 05/01/2018

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	Requisitos/Límites
<i>didanosine delayed release capsule 125 mg</i>	2	
<i>gentamicin sulfate iv soln 10 mg/ml</i>	2	
TRISENOX SOL 10MG/10M	5	NDS, B/D

Eliminaciones del formulario al 06/01/2018

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	Requisitos/Límites
<i>acetic acid 2% in aluminum acetate otic soln</i>	2	
BUPHENYL TAB 500MG	5	NDS, NM, LA, PA
COPAXONE INJ 40MG/ML	5	NDS, QL (12 syringes / 28 days), NM, PA
ESTRACE VAG CRE 0.01%	4	

PA = Autorización previa, QL = Límites de cantidad, ST = Terapia escalonada,
 LA = Acceso limitado, HR = Alto riesgo, NM = No disponible para venta por correo,
 B/D = Cubierto por las Partes B o D de Medicare, NDS = Suministro diario no extendido.
 Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más información acerca de esta cobertura.

En la primera columna del cuadro, se menciona el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca aparecen en mayúsculas (p. ej., COUMADIN) y los genéricos, en cursiva minúscula (p. ej., *warfarina*).

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	Requisitos/Límites
<i>gengraf cap 50mg</i>	2	B/D
ISTALOL SOL 0.5% OP	3	
<i>nevirapine susp 50 mg/5ml</i>	2	
<i>oxycodone w/ acetaminophen soln 5-325 mg/5ml</i>	2	QL (1800 mL / 30 days)
RELPAZ TAB 20MG	4	QL (12 tabs / 30 days)
RELPAZ TAB 40MG	4	QL (12 tabs / 30 days)
RENVELA PAK 0.8GM	3	QL (540 paks / 30 days)
RENVELA PAK 2.4GM	3	QL (180 paks / 30 days)
RENVELA TAB 800MG	3	QL (540 tabs / 30 days)
REYATAZ CAP 150MG	5	NDS
REYATAZ CAP 200MG	5	NDS
REYATAZ CAP 300MG	5	NDS
SABRIL POW 500MG	5	NDS, QL (180 packets / 30 days), NM, LA, PA
SUSTIVA CAP 200MG	5	NDS
SUSTIVA CAP 50MG	4	
TAMIFLU SUS 6MG/ML	3	QL (1080 mL / year)
TRANSDERM-SC DIS 1.5MG	4	QL (10 patches / 30 days), PA; PA if 65 years and older
VIGAMOX DRO 0.5%	3	
ZIAGEN SOL 20MG/ML	3	

Eliminaciones del formulario al 07/01/2018

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	Requisitos/Límites
<i>acyclovir sodium for inj 500 mg</i>	2	B/D
<i>methotrexate sodium inj pf 100 mg/4ml (25 mg/ml)</i>	2	B/D
<i>methotrexate sodium inj pf 200 mg/8ml (25 mg/ml)</i>	2	B/D

PA = Autorización previa, QL = Límites de cantidad, ST = Terapia escalonada,
 LA = Acceso limitado, HR = Alto riesgo, NM = No disponible para venta por correo,
 B/D = Cubierto por las Partes B o D de Medicare, NDS = Suministro diario no extendido.
 Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más información acerca de esta cobertura.

En la primera columna del cuadro, se menciona el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca aparecen en mayúsculas (p. ej., COUMADIN) y los genéricos, en cursiva minúscula (p. ej., *warfarina*).

Eliminaciones del formulario al 08/01/2018

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	Requisitos/Límites
<i>ciprofloxacin iv soln 200 mg/20ml (1%)</i>	2	
<i>ciprofloxacin iv soln 400 mg/40ml (1%)</i>	2	

Eliminaciones del formulario al 09/01/2018

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	Requisitos/Límites
<i>desmopressin acetate nasal soln 0.01% (refrigerated)</i>	2	
GLEOSTINE CAP 5MG	4	

Eliminaciones del formulario al 10/01/2018

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	Requisitos/Límites
AURYXIA TAB 210MG	5	NDS, QL (360 tabs / 30 days)
ZENPEP CAP 25000UNT	4	

Cambios en el formulario al 01/01/2018

Ninguno

Cambios en el formulario al 03/01/2018

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	Requisitos/Límites
<i>ondansetron hcl oral soln 4 mg/5ml</i>	2	
<i>ondansetron hcl tab 24 mg</i>	2	
<i>ondansetron hcl tab 4 mg</i>	2	
<i>ondansetron hcl tab 8 mg</i>	2	
<i>ondansetron orally disintegrating tab 4 mg</i>	2	
<i>ondansetron orally disintegrating tab 8 mg</i>	2	

Cambios en el formulario al 04/01/2018

Ninguno

PA = Autorización previa, QL = Límites de cantidad, ST = Terapia escalonada,
LA = Acceso limitado, HR = Alto riesgo, NM = No disponible para venta por correo,
B/D = Cubierto por las Partes B o D de Medicare, NDS = Suministro diario no extendido.
Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más información acerca de esta cobertura.

En la primera columna del cuadro, se menciona el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca aparecen en mayúsculas (p. ej., COUMADIN) y los genéricos, en cursiva minúscula (p. ej., *warfarina*).

Cambios en el formulario al 05/01/2018

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	Requisitos/Límites
AMITIZA CAP 8MCG	3	QL (120 caps / 30 days)
<i>flunisolide nasal soln 25 mcg/act (0.025%)</i>	2	QL (3 bottles / 30 days)

Cambios en el formulario al 06/01/2018

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	Requisitos/Límites
AMITIZA CAP 8MCG	3	QL (180 caps / 30 days)

Cambios en el formulario al 07/01/2018

Ninguno

Cambios en el formulario al 08/01/2018

Ninguno

Cambios en el formulario al 09/01/2018

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL DEL MEDICAMENTO	Requisitos/Límites
CHANTIX PAK 0.5& 1MG	4	
CHANTIX PAK 1MG	4	
CHANTIX TAB 0.5MG	4	
CHANTIX TAB 1MG	4	

Cambios en el formulario al 10/01/2018

Ninguno

TexanPlus® HMO es un plan de Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La inscripción en TexanPlus® HMO depende de la renovación del contrato. Para tener acceso a los beneficios de medicamentos recetados, debe usar las farmacias de la red, excepto en circunstancias excepcionales. Pueden aplicarse restricciones y limitaciones de cantidad. Esta información no es una descripción exhaustiva de los beneficios. Para obtener más información, comuníquese con el plan. Se pueden aplicar algunas limitaciones, copagos y restricciones. Los beneficios, las primas y/o los copagos/coseguro pueden cambiar a partir del 1.º de enero de cada año. *Si actualmente es un miembro y ya estaba tomando este medicamento antes de la fecha de entrada en vigencia del cambio, continuaremos cubriendo el medicamento durante el resto del año del plan siempre que este siga siendo médicamente necesario para tratar su afección y se lo recete la persona adecuada, y que no haya sido excluido por motivos de seguridad.

PA = Autorización previa, QL = Límites de cantidad, ST = Terapia escalonada,
LA = Acceso limitado, HR = Alto riesgo, NM = No disponible para venta por correo,
B/D = Cubierto por las Partes B o D de Medicare, NDS = Suministro diario no extendido.
Consulte la Evidencia de Cobertura para obtener más información acerca de esta cobertura.

En la primera columna del cuadro, se menciona el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca aparecen en mayúsculas (p. ej., COUMADIN) y los genéricos, en cursiva minúscula (p. ej., *warfarina*).

Discrimination is Against the Law

TexanPlus® HMO, TexanPlus® HMO-POS, TexanPlus® HMO-SNP, Today's Options® PFFS, Today's Options® PPO, y Today's Options® HMO (el Plan) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. El Plan no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

El Plan:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con el Civil Rights Coordinator.

Si considera que el Plan no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona: Civil Rights Coordinator, P.O. Box 18200, Austin, TX 78760-8200, c/o Appeals and Grievances, 1-866-422-1690 (TTY users call 711), Fax: 1-800-817-3516, Email: AGMailbox@UniversalAmerican.com. Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo el Civil Rights Coordinator está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, SW., Room 509F, HHH Building, Washington, D.C. 20201, 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

English:

ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-888-736-7442 (TTY: 711).

Spanish:

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-736-7442 (TTY: 711).

Chinese:

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-736-7442 (TTY: 711)。

Russian:

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-888-736-7442 (телетайп: 711).

French:

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-888-736-7442 (ATS: 711).

Vietnamese:

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-888-736-7442 (TTY: 711).

Korean:

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-888-736-7442 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

Arabic:

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-888-736-7442 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

Italian:

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-888-736-7442 (TTY: 711).

Yiddish:

אויפמערקזאם: אויב איר רעדט אידיש, זענען פארהאן פאר אייך שפראך הילף סערוויסעס פריי פון אפצאל. רופט 1-888-736-7442 (TTY: 711).

Bengali:

লক্ষ্য করুন: যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পিরষবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন 1-888-736-7442 (TTY: 711)।

Urdu:

خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں - کال کریں 1-888-736-7442 (TTY: 711).

Polish:

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-888-736-7442 (TTY: 711).

Tagalog:

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-888-736-7442 (TTY: 711).

Greek:

ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε 1-888-736-7442 (TTY: 711).

Albanian:

KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-888-736-7442 (TTY: 711).

Hindi:

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-888-736-7442 (TTY: 711) पर कॉल करें।