



Escuelas Públicas de Wichita USD259

FORMULARIO PREFERIDO DE MAXORPLUS

Vigente a partir de: 01/01/16

Actualizado: 10/15/21

Artículos cubiertos:

- Accutane
- Medicamentos para el trastorno por déficit de atención (ADD), trastorno por déficit de atención e hiperactividad (ADHD)
- Anticoagulantes (inyectables): se requiere autorización previa
- Antifúngicos
- Fármacos antimigraña: limitaciones de cantidad
- Kits para picaduras de abejas
- Byetta
- Anticonceptivos: orales, dispositivos (diafragmas, dispositivos intrauterinos [DIU]), inyectables, implantes, intravaginales, transdérmicos, de emergencia, productos femeninos de venta libre (OTC)
- Compuestos: un ingrediente debe ser un medicamento de venta con receta. Se requiere autorización previa (PA) si el costo es superior a \$100
- Medicamentos del programa Implementación del Estudio de la Eficacia de los Medicamentos (DESI)
- Medicamentos para el trastorno de identidad sexual
- Glucagón
- Glucómetros
- Hormonas del crecimiento: se requiere autorización previa
- Inmunizaciones
- Inyectables: autoadministrados y no enumerados entre las exclusiones
- Insulina
- Jeringas/plumas/aguja para insulina
- Lancetas
- Minerales: hierro (de venta con receta [Rx] y de venta libre [OTC]) y fluoruro (Rx solamente)
- Corticoides nasales
- Medicamentos para la narcolepsia: se requiere autorización previa
- Antihistamínicos no sedantes (Rx y OTC)
- Inhibidores de la bomba de protones (Rx y OTC)
- Retin-A, Avita (solo genéricos): se requiere autorización previa para personas de 40 años y más
- **Precios de referencia de RxResults:** consulte el material impreso para miembros para obtener más detalles o llame al 1-844-853-9400, vigente a partir del 01/01/2022
- Medicamentos para la disfunción sexual: limitaciones de cantidad
- Productos para dejar de fumar (Rx y OTC): limitados a 2 ciclos de 12 semanas/año
- Medicamentos restringidos a nivel estatal (por ejemplo, clasificación V según la Administración de Control de Drogas [DEA])
- Symlin
- Tiras reactivas/tiras químicas/cinta/pastillas
- Vacunas/toxoides
- Vitaminas: ácido fólico (Rx y OTC), prenatales (Rx), pediátricas (Rx)

Artículos excluidos:

- Acné, marcas tópicas
- Antibióticos para el acné: tratamientos orales de alto costo
- Gasas con alcohol
- Suero o extractos para la alergia



Escuelas Públicas de Wichita USD259

FORMULARIO PREFERIDO DE MAXORPLUS

Vigente a partir de: 01/01/16

Actualizado: 10/15/21

Artículos excluidos (continuación):

- Esteroides anabólicos
- Antifúngicos, marcas tópicas
- Antivirales, marcas tópicas
- Agentes antiarrugas (p. ej., Renova)
- Supresores del apetito (antiobesidad)
- Sangre, factores sanguíneos, plasma sanguíneo o sueros biológicos
- Botox
- Productos cosméticos de depilación
- Agentes despigmentantes
- Elementos auxiliares y de preparación dental (Rx)
- Dispositivos, aparatos, suministros
- Agentes para la fertilidad: orales, vaginales e inyectables
- Pastillas de glucosa
- Estimulantes del crecimiento del cabello
- Productos homeopáticos/naturales de venta con receta
- Inmunoglobulinas
- Bombas/suministros de insulina
- Suministros médicos (excepto aerocámaras)
- Medicamentos genéricos (me-too)
- Myobloc
- Corticoides nasales (marcas)
- Suplementos nutricionales: para enfermedades hereditarias y no hereditarias (HIC3 = C5X)
- Antihistamínicos oftálmicos (marcas)
- Productos de venta libre: a menos que se especifique
- Jeringas (tuberculosis [TB], alergias, otras)
- Vitaminas: Rx y OTC (excepto vitamina D)

Días de suministro permitidos

Minorista: 30 días

Correo: 31 a 90 días

Especializado: 30 días

Copagos

Planes básicos, premium, para jubilados y de organización de proveedores preferidos (PPO)

	Minorista	Pedido por correo
Genérico:	\$10	\$20
Marca preferida:	\$30	\$60
Marca no preferida:	\$55	\$110
Medicamentos especializados:	10 % hasta un máximo de \$100	N/D

Planes básicos, premium, para jubilados y PPO solamente:

- Insulina preferida para diabéticos: copago de \$0
- Suministros preferidos para diabéticos: copago de \$0



Escuelas Públicas de Wichita USD259

FORMULARIO PREFERIDO DE MAXORPLUS

Vigente a partir de: 01/01/16

Actualizado: 10/15/21

- Medicamentos genéricos para la presión arterial: copago de \$0
- Medicamentos genéricos para el colesterol: copago de \$0

Programa para diabéticos de Dillon's Pharmacy (solo para miembros de planes básicos, premium y PPO)

Una vez que el miembro esté inscrito en el programa, reunirá los requisitos para los siguientes copagos y los medicamentos podrán surtir en cualquier farmacia de su red:

- Medicamentos preferidos para diabéticos: copago de \$0
- Medicamentos genéricos orales para diabéticos: copago de \$0

Plan de valor mínimo (MVP):

	Minorista	Pedido por correo
Genérico:	100 %	100 %
Marca preferida:	100 %	100 %
Marca no preferida:	100 %	100 %
Medicamentos especializados:	100 %	N/D

Los medicamentos recetados están cubiertos al 100 % una vez que se cumpla el deducible anual de Rx de \$1,000 individual/\$2,000 familiar. Si se elige dispensado según lo indicado 2 (DAW2), marca seleccionada por el paciente cuando está disponible el genérico, el miembro paga el monto diferencial aunque se cumpla el deducible anual de \$1,000 individual/\$2,000 familiar.

Dispensado según lo indicado 1 y 2:

Se aplica el diferencial de copago de marca/genérico.

Si el miembro o el médico solicita un medicamento de marca cuando existe un equivalente genérico, se aplicará el copago de la marca más la diferencia de costo entre el de marca y el genérico.

Precios de referencia de RxResults: consulte el material impreso para miembros para obtener más detalles o llame al 1-844-853-9400, vigente a partir del 01/01/2022. Los medicamentos de esta lista también pueden estar en el formulario de MaxorPlus.

Medicamentos cubiertos por la Ley de protección del paciente y atención asequible (PPACA) y copagos para ambos planes:

Medicamentos preventivos: copago de \$0

Aspirina para pacientes de 50 años y más

Aspirina para preeclampsia

Medicamentos de preparación intestinal para pacientes de 50 a 75 años

Ácido fólico para mujeres de hasta 55 años

Inmunizaciones/vacunas/toxoides

Suplementos de fluoruro hasta los 6 años de edad

Límite anual de 2 ciclos de tratamiento (12 semanas/ciclo) para productos para dejar de fumar

Profilaxis previa a la exposición (PrEP) al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH): copago de \$0

Truvada para adolescentes y adultos con alto riesgo de contraer el VIH

Anticonceptivos: copago de \$0

Genéricos orales, inyectables y parches con un copago de \$0



Escuelas Públicas de Wichita USD259

FORMULARIO PREFERIDO DE MAXORPLUS

Vigente a partir de: 01/01/16

Actualizado: 10/15/21

Marcas de proveedor único en clases que no tienen una alternativa genérica (por ejemplo, implantes, DIU, dispositivos, anillos intravaginales) con un copago de \$0 (consulte a continuación).

Las marcas con genéricos disponibles en la clase de vía de administración (oral, inyectable, parches) tendrán copagos regulares.

Deducible:

Plan PPO: No corresponde

Solo plan MVP: \$1,000 individual/\$2,000 familiar, SOLO Rx por año calendario

Máximo de gastos de bolsillo (MOOP):

Separado, MOOP SOLO Rx por año calendario.

- **Plan básico y PPO: \$1,000 individual/\$2,000 familiar, SOLO Rx por año calendario**
- **Plan premium 1 y PPO: \$2,650 individual/\$5,300 familiar, SOLO Rx por año calendario**
- **Plan premium 2 y PPO: \$1,150 individual/\$2,300 familiar, SOLO Rx por año calendario**
- **Plan para jubilados: \$2,650 individual/\$5,300 familiar, SOLO Rx por año calendario**
- **Plan MVP: \$1,000 individual/\$2,000 familiar, SOLO Rx por año calendario**

*Los montos de DAW 1 y 2 se excluirán del MOOP

Medicamentos con límites de cantidad especial

- La lista de límites de cantidad (QL) estándar de MaxorPlus se aplica para medicamentos específicos.
- Productos para dejar de fumar: limitados a ciclos de 2 ciclos de 12 semanas/año.
- Anticonceptivo Depo Provera: suministro de 90 días permitido en farmacias minoristas para 3 copagos minoristas.
- Estring: suministro de 90 días permitido en farmacias minoristas para 3 copagos minoristas.
- Seasonique/Seasonale: suministro de 91 días permitido en farmacias minoristas para 3 copagos minoristas.

Medicamentos que requieren autorización previa

RxResults: El equipo de RxResults, 1-844-853-9400, revisará y gestionará las autorizaciones previas para los medicamentos de esta lista (vigente a partir del 01/01/2022): medicamentos especializados, excepto VIH, trasplante y anticoagulantes.

- La lista estándar de autorizaciones previas (PA) de MaxorPlus se aplica a medicamentos específicos.
- Medicamentos genéricos preventivos para el cáncer de mama: si se aprueba, un copago de \$0
- Abilify: marca
- Medicamentos narcóticos de marca
- Antifúngicos tópicos de marca
- Inhaladores combinados
- Cuvposa
- Epaned
- Evzio
- Fulyzag
- Fycompa
- Giazio



Escuelas Públicas de Wichita USD259

FORMULARIO PREFERIDO DE MAXORPLUS

Vigente a partir de: 01/01/16

Actualizado: 10/15/21

- Fármacos GLP-1, vigente a partir del 1/7/2019. El programa se interrumpió el 10/1/2021.
- Galise
- Horizant
- Jentadueto
- Kapvay
- Kazano
- Nymalize
- Performist
- Rescula
- Rilutek
- Savella
- Seroquel XR
- Striverdi Respimat
- Suboxone, Bunavil, Zubsolv
- Tekamlo
- Tektuna/Tekturna HCT
- Productos de testosterona
- Inmunomodulador tópico (por ejemplo, Elidel, Protopic)
- Zioptan
- Zontivity

Medicamentos especializados:

RxResults: El equipo de RxResults, 1-844-853-9400, revisará y gestionará las autorizaciones previas para los medicamentos de esta lista (vigente a partir del 01/01/2022): medicamentos especializados, excepto VIH, trasplante y anticoagulantes.

Restringido a Maxor Specialty Pharmacy: **limitado a un suministro de 30 días.**

* Cuando se sepa que alguna parte ha sido pagada por un pagador secundario (por ejemplo, asistencia al paciente, tarjetas de copago u otro seguro), no se considerará como un verdadero gasto de bolsillo del miembro y no se aplicará al deducible ni a los máximos de los gastos de bolsillo para los medicamentos recetados que se surtan en Maxor Specialty Pharmacy. Vigente a partir del 01/2021: maximización de copagos del 20 % que se aplicará si se dispone de asistencia.

Requisitos para la terapia escalonada:

Bloqueadores de los receptores de angiotensina (ARB) y combinaciones:

- Paso uno: genéricos (por ejemplo, losartan, valsartan, irbesartan, valsartan/HCTZ, candesartan/HCTZ)
- Paso dos: marcas (por ejemplo, Benicar, Exforge, Azor)

Bisfosfonatos:

- Paso uno: genéricos (por ejemplo, alendronate, ibandronate)
- Paso dos: marcas (por ejemplo, Actonel, Atelvia, Boniva)

Medicamentos para la hiperplasia prostática benigna (BPH):

- Paso uno: genéricos (por ejemplo, dutasteride, finasteride, tamsulosin, doxazosin)
- Paso dos: marcas (por ejemplo, Jalyn, Avodart, Rapaflo)



Escuelas Públicas de Wichita USD259

FORMULARIO PREFERIDO DE MAXORPLUS

Vigente a partir de: 01/01/16

Actualizado: 10/15/21

Lamictal ODT o XR:

- Paso uno: lamotrigine
- Paso dos: Lamictal ODT o Lamictal XR

OAB (vejiga hiperactiva):

- Paso uno: genéricos (por ejemplo, tolterodine, trospium, oxybutynin)
- Paso dos: marcas (por ejemplo, Myrbetriq, Enablex, Santura XR)

Inhibidores de la bomba de protones (PPI):

- Paso uno: genéricos (por ejemplo, omeprazole, lansoprazole, rabeprazole, esomeprazole) u OTC (por ejemplo, Nexium 24HR)
- Paso dos: marcas (por ejemplo, Dexilant, Nexium, Prevacid)

Medicamentos para dormir:

- Paso uno: genéricos (por ejemplo, zolpidem, zaleplon, temazepam)
- Paso dos: marcas (por ejemplo, Belsoma, Edular, Intermezzo, Ambien CR)

Estatinas:

- Paso uno: genéricos (por ejemplo, simvastatin, atorvastatin, lovastatin) y Crestor
- Paso dos: marcas (por ejemplo, Livalo, Altoprev, Lipitor)

Corticoides tópicos:

- Paso uno: genéricos (por ejemplo, clobetasol, triamcinolone, desonide, fluocinolone)
- Paso dos: marcas (por ejemplo, Taclonex, Vectical, Vanos)

Triptanos:

- Paso uno: genéricos (por ejemplo, sumatriptan, zolmitriptan, rizatriptan) y Relpax
- Paso dos: marcas (por ejemplo, Frova, Maxalt, Zomig, Imitrex)

Uloric/Colcrys:

- Paso uno: genéricos (por ejemplo, allopurinol, colchicine)
- Paso dos: Uloric o Colcrys

Colitis ulcerosa/enfermedad de Crohn:

- Paso uno: Asacol, Asacol HD, Canasa, Delzicol, Lialda, Pentasa
- Paso **dos**: Apriso, Colazal, Dipentum Azulfidine

Formulario: Formulario preferido de MXP

Red de farmacias: Red de farmacias exclusiva de MXP