

2024

ANEXO DEL FORMULARIO

Lista de Medicamentos Cubiertos

LEA LO SIGUIENTE: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN ACERCA DE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS EN ESTE PLAN.

Formulario ID: 00024215 Versión: 17

El documento se actualizó por última vez el 11/1/2024. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con KelseyCare Advantage Servicios para los miembros, al 1-888-970-0914. Los usuarios de TTY deben llamar al 711, 24 horas por 7 días.

Mensaje importante sobre lo que paga por las vacunas: nuestro plan cubre la mayoría de las vacunas de la Parte D sin costo alguno para usted, incluso si no ha pagado su deducible. Llame a Servicios para Miembros para obtener más información.

Mensaje importante sobre lo que paga por la insulina: no pagará más de \$35 por un suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto por nuestro plan, sin importar en qué nivel de costos compartidos se encuentre, incluso si no ha pagado su deducible.

1-866-535-8343 (TTY: 711)
KelseyCareAdvantage.com

El Apéndice del Formulario hasta el 11/01/2024

Adiciones

| Nombre del Medicamento | Nivel | Notas | Fecha de Vigencia |
|--|-------|-------------------------------------|-------------------|
| ABRYSVO SOLR 120mcg/0.5ml | 1 | | 1/1/2024 |
| ADALIMUMAB-AACF (2 SYRING PSKT 40mg/0.8ml | 5 | QL (56 jeringa / 365 días), NM, PA | 11/1/2024 |
| ADALIMUMAB-AACF AJKT 40mg/0.8ml | 5 | QL (56 plumas / 365 días), NM, PA | 2/1/2024 |
| AIRSUPRA AER 90-80MCG | 3 | QL (3 inhalers / 30 días) | 11/1/2024 |
| AKEEGA TAB 100/500 | 5 | QL (60 tabs / 30 días), NM, LA, PA | 2/1/2024 |
| AKEEGA TAB 50/500MG | 5 | QL (60 tabs / 30 días), NM, LA, PA | 2/1/2024 |
| ALVAIZ TABS 18mg, 36mg | 5 | QL (90 tabs / 30 días), NM, LA, PA | 6/1/2024 |
| ALVAIZ TABS 9mg, 54mg | 5 | QL (60 tabs / 30 días), NM, LA, PA | 6/1/2024 |
| ALVESCO AERS 160mcg/act | 4 | QL (2 inhalers / 30 días) | 7/1/2024 |
| ALVESCO AERS 80mcg/act | 4 | QL (3 inhalers / 30 días) | 7/1/2024 |
| ALYGLO SOLN 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml | 5 | PA | 8/1/2024 |
| AREXVY SUSR 120mcg/0.5ml | 1 | | 1/1/2024 |
| AUGTYRO CAPS 40mg | 5 | QL (240 caps / 30 días), NM, LA, PA | 3/1/2024 |
| AUSTEDO XR TAB TITR KIT | 5 | QL (2 paquete / año), NM, PA | 1/1/2024 |
| AUSTEDO XR TB24 18mg | 5 | QL (60 tabs / 30 días), NM, PA | 10/1/2024 |
| AUSTEDO XR TB24 30mg, 36mg, 42mg, 48mg | 5 | QL (30 tabs / 30 días), NM, PA | 8/1/2024 |
| AUVELITY TAB 45-105MG | 4 | QL (60 tabs / 30 días), PA | 3/1/2024 |
| BENDAMUSTINE HYDROCHLORID SOLN 100mg/4ml | 5 | B/D, NM | 10/1/2024 |
| BOSULIF CAPS 100mg | 5 | QL (150 caps / 25 días), NM, PA | 4/1/2024 |
| BOSULIF CAPS 50mg | 5 | QL (360 caps / 30 días), NM, PA | 4/1/2024 |
| BREO ELLIPTA INH 50-25MCG | 3 | QL (60 blisters / 30 días) | 2/1/2024 |
| bromfenac sodium (ophth) SOLN .07% | 3 | | 3/1/2024 |
| bromfenac sodium (ophth) SOLN .075% | 4 | | 4/1/2024 |
| cefazolin sodium SOLR 3gm | 3 | | 5/1/2024 |
| chateal eq | 3 | | 4/1/2024 |

November 01, 2024 - COH Pref, TWU Pref, SHELL Greater Houston

ID: 00024215 Version: 17

PA= Se aplica autorización previa, B/D = Cubierto bajo Medicare Parte B o D, ST= Se aplica terapia escalonada,
 QL=Se aplica límite de cantidad, LA = Acceso limitado, NM = No disponible en el pedido por correo

El Apéndice del Formulario hasta el 11/01/2024

Adiciones

| Nombre del Medicamento | Nivel | Notas | Fecha de Vigencia |
|--|-------|------------------------------------|-------------------|
| CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 500mg/ml | 5 | B/D | 1/1/2024 |
| CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 500mg/ml, 1000mg/10ml, 2000mg/20ml | 5 | B/D | 8/1/2024 |
| dabigatran etexilate mesylate CAPS 110mg | 4 | QL (120 caps / 30 días) | 4/1/2024 |
| dasatinib TABS 20mg | 5 | QL (90 tabs / 30 días), NM, PA | 11/1/2024 |
| dasatinib TABS 50mg, 70mg, 80mg, 100mg, 140mg | 5 | QL (30 tabs / 30 días), NM, PA | 11/1/2024 |
| dexamethasone sodium phosphate SOSY 4mg/ml | 3 | | 6/1/2024 |
| diclofenac sodium (topical) SOLN 1.5% | 3 | QL (300 mL / 28 días) | 10/1/2024 |
| DOXORUBICIN HYDROCHLORIDE SOLN 2mg/ml | 4 | B/D | 10/1/2024 |
| DRIZALMA SPRINKLE CSDR 20mg, 30mg, 40mg, 60mg | 4 | QL (60 caps / 30 días), PA | 9/1/2024 |
| emzahh TABS .35mg | 2 | | 6/1/2024 |
| enilloring | 4 | | 1/1/2024 |
| ENTRESTO CAP 15-16MG | 3 | QL (240 caps / 30 días) | 10/1/2024 |
| ENTRESTO CAP 6-6MG | 3 | QL (240 caps / 30 días) | 10/1/2024 |
| FASENRA SOSY 10mg/0.5ml | 5 | NM, LA, PA | 8/1/2024 |
| FIASP PMPCRT INJ U-100 | 3 | B/D | 1/1/2024 |
| FRUZAQLA CAPS 1mg | 5 | QL (84 caps / 28 días), NM, LA, PA | 3/1/2024 |
| FRUZAQLA CAPS 5mg | 5 | QL (21 caps / 28 días), NM, LA, PA | 3/1/2024 |
| gabapentin (once-daily) TABS 300mg | 4 | QL (180 tabs / 30 días), PA | 4/1/2024 |
| gabapentin (once-daily) TABS 600mg | 4 | QL (90 tabs / 30 días), PA | 4/1/2024 |
| gavilyte-n/flavor pack | 2 | | 11/1/2024 |
| haloette | 4 | | 1/1/2024 |
| IDACIO AJKT 40mg/0.8ml | 5 | QL (56 plumas / 365 días), NM, PA | 2/1/2024 |
| IDACIO CROHN INJ DISEASE AJKT 40mg/0.8ml | 5 | QL (2 paquetes / año), NM, PA | 2/1/2024 |
| IDACIO PLAQU INJ PSORIASIS AJKT 40mg/0.8ml | 5 | QL (2 paquetes /año), NM, PA | 2/1/2024 |
| IDACIO PSKT 40mg/0.8ml | 5 | QL (56 plumas / 365 días), NM, PA | 2/1/2024 |

November 01, 2024 - COH Pref, TWU Pref, SHELL Greater Houston

ID: 00024215 Version: 17

PA= Se aplica autorización previa, B/D = Cubierto bajo Medicare Parte B o D, ST= Se aplica terapia escalonada,
 QL=Se aplica límite de cantidad, LA = Acceso limitado, NM = No disponible en el pedido por correo

El Apéndice del Formulario hasta el 11/01/2024

Adiciones

| Nombre del Medicamento | Nivel | Notas | Fecha de Vigencia |
|--|-------|---|-------------------|
| ivabradine hcl TABS 5mg, 7.5mg | 4 | QL (60 tabs / 30 días) | 10/1/2024 |
| IWILFIN TABS 192mg | 5 | QL (240 tabs / 30 días), NM, LA, PA | 4/1/2024 |
| IXCHIQ INJ | 1 | | 5/1/2024 |
| JENTADUETO TAB 2.5-850 | 3 | QL (60 tabs / 30 días) | 1/1/2024 |
| JYLAMVO SOLN 2mg/ml | 4 | B/D | 7/1/2024 |
| KALYDECO PACK 5.8mg | 5 | QL (56 paquetes / 28 días), NM, LA, PA | 2/1/2024 |
| kcl 20 meq/l (0.149%) in nacl 0.45% inj | 3 | | 2/1/2024 |
| kionex SUSP 15gm/60ml | 3 | | 9/1/2024 |
| klayesta POWD 100000unit/gm | 3 | QL (60 gm / 30 días) | 3/1/2024 |
| kourzeq PSTE .1% | 3 | | 2/1/2024 |
| l-glutamine (sickle cell) PACK 5gm | 5 | NM, PA | 9/1/2024 |
| lanreotide acetate SOLN 120mg/0.5ml | 5 | NM, PA | 8/1/2024 |
| lanthanum carbonate CHEW 500mg, 1000mg | 3 | QL (90 tabs / 30 días) | 5/1/2024 |
| lanthanum carbonate CHEW 750mg | 3 | QL (180 tabs / 30 días) | 5/1/2024 |
| levo-t TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg | 1 | | 1/1/2024 |
| LIBERVANT FILM 5mg, 7.5mg, 10mg, 12.5mg, 15mg | 4 | | 8/1/2024 |
| lidocan iii PTCH 5% | 4 | QL (3 parche / 1 días), PA | 4/1/2024 |
| lisdexamfetamine dimesylate CAPS 10mg, 20mg, 30mg | 4 | QL (60 caps / 30 días), PA | 1/1/2024 |
| lisdexamfetamine dimesylate CAPS 40mg, 50mg, 60mg, 70mg | 4 | QL (30 caps / 30 días), PA | 1/1/2024 |
| lisdexamfetamine dimesylate CHEW 10mg, 20mg, 30mg | 4 | QL (60 caps / 30 días), PA | 1/1/2024 |
| lisdexamfetamine dimesylate CHEW 40mg, 50mg, 60mg | 4 | QL (30 caps / 30 días), PA | 1/1/2024 |
| LITHIUM SOLN 8meq/5ml | 4 | | 2/1/2024 |
| LOKELMA PACK 5gm, 10gm | 3 | | 2/1/2024 |
| loteprednol etabonate SUSP .2% | 3 | | 5/1/2024 |
| MIEBO SOLN 1.338gm/ml | 3 | | 5/1/2024 |
| mifepristone (hyperglycemia) TABS 300mg | 5 | NM, PA | 4/1/2024 |
| MORPHINE SULFATE SOLN 50mg/ml | 4 | B/D | 3/1/2024 |

November 01, 2024 - COH Pref, TWU Pref, SHELL Greater Houston

ID: 00024215 Version: 17

PA= Se aplica autorización previa, B/D = Cubierto bajo Medicare Parte B o D, ST= Se aplica terapia escalonada,
QL=Se aplica límite de cantidad, LA = Acceso limitado, NM = No disponible en el pedido por correo

El Apéndice del Formulario hasta el 11/01/2024

Adiciones

| Nombre del Medicamento | Nivel | Notas | Fecha de Vigencia |
|---|-------|--|-------------------|
| MOUNJARO SOPN 2.5mg/0.5ml, 5mg/0.5ml, 7.5mg/0.5ml, 10mg/0.5ml, 12.5mg/0.5ml, 15mg/0.5ml | 3 | QL (4 plumas / 28 días), PA | 2/1/2024 |
| MRESVIA SUSY 50mcg/0.5ml | 1 | | 10/1/2024 |
| naloxone hcl SOSY .4mg/ml | 2 | | 10/1/2024 |
| naproxen dr TBEC 500mg | 4 | QL (90 tabs / 30 días) | 10/1/2024 |
| NEXLETOL TABS 180mg | 3 | QL (30 tabs / 30 días) | 6/1/2024 |
| NEXLIZET TAB 180/10MG | 3 | QL (30 tabs / 30 días) | 6/1/2024 |
| nitroglycerin (intra-anal) OINT .4% | 4 | QL (30 gm / 30 días) | 5/1/2024 |
| norelgestromin-ethinyl estradiol td ptwk 150-35 mcg/24hr | 4 | | 3/1/2024 |
| OGSIVEO TABS 100mg, 150mg | 5 | QL (56 tabs / 28 días), NM, LA, PA | 8/1/2024 |
| OGSIVEO TABS 50mg | 5 | QL (180 tabs / 30 días), NM, LA, PA | 3/1/2024 |
| OJEMDA SUSR 25mg/ml | 5 | QL (96 mL / 28 días), NM, LA, PA | 8/1/2024 |
| OJEMDA TABS 100mg | 5 | QL (24 tabs / 28 días), NM, LA, PA | 8/1/2024 |
| OJJAARA TABS 100mg, 150mg, 200mg | 5 | QL (30 tabs / 30 días), NM, LA, PA | 2/1/2024 |
| OMNIPOD 5 G7 KIT INTRO | 4 | QL (1 kit / año), PA | 4/1/2024 |
| OMNIPOD 5 G7 MIS PODS | 4 | QL (15 pods / 30 días), PA | 4/1/2024 |
| OTEZLA TAB 10/20 | 5 | QL (110 tabs / año), NM, PA | 10/1/2024 |
| OTEZLA TABS 20mg | 5 | QL (60 tabs / 30 días), NM, PA | 10/1/2024 |
| PAXLOVID TAB 150-100 | 3 | QL (40 tabs / 30 días); \$0 Costo compartido | 4/1/2024 |
| PAXLOVID TAB 300-100 | 3 | QL (60 tabs / 30 días); \$0 Costo compartido | 4/1/2024 |
| pazopanib hcl TABS 200mg | 5 | QL (120 tabs / 30 días), NM, PA | 2/1/2024 |
| PENBRAYA INJ | 1 | | 3/1/2024 |
| pitavastatin calcium TABS 1mg, 2mg, 4mg | 6 | QL (30 tabs / 30 días), ST | 2/1/2024 |
| potassium chloride SOLN 10meq/50ml | 3 | | 9/1/2024 |
| proctocort CREA 1% | 3 | | 8/1/2024 |
| QULIPTA TABS 10mg, 30mg, 60mg | 3 | QL (30 tabs / 30 días), PA | 2/1/2024 |

November 01, 2024 - COH Pref, TWU Pref, SHELL Greater Houston

ID: 00024215 Version: 17

PA= Se aplica autorización previa, B/D = Cubierto bajo Medicare Parte B o D, ST= Se aplica terapia escalonada,
 QL=Se aplica límite de cantidad, LA = Acceso limitado, NM = No disponible en el pedido por correo

El Apéndice del Formulario hasta el 11/01/2024

Adiciones

| Nombre del Medicamento | Nivel | Notas | Fecha de Vigencia |
|---|-------|---|-------------------|
| RETEVMO TABS 40mg | 5 | QL (90 tabs / 30 días), NM, LA, PA | 10/1/2024 |
| RETEVMO TABS 80mg, 120mg, 160mg | 5 | QL (60 tabs / 30 días), NM, LA, PA | 10/1/2024 |
| RINVOQ LQ SOLN 1mg/ml | 5 | QL (360 mL / 30 días), NM, PA | 9/1/2024 |
| risperidone microspheres SRER 12.5mg, 25mg | 4 | QL (2 inyección / 28 days) | 4/1/2024 |
| risperidone microspheres SRER 37.5mg, 50mg | 5 | QL (2 inyección / 28 days) | 4/1/2024 |
| ROZLYTREK PACK 50mg | 5 | QL (336 paquetes / 28 días), NM, LA, PA | 2/1/2024 |
| SCSEMBLIX TABS 100mg | 5 | QL (120 tabs / 30 días), NM, PA | 9/1/2024 |
| TALTZ SOSY 20mg/0.25ml, 40mg/0.5ml | 5 | QL (1 jeringa / 28 días), NM, LA, PA | 10/1/2024 |
| theophylline TB12 100mg, 200mg | 4 | | 1/1/2024 |
| torpenz TABS 2.5mg, 5mg, 7.5mg, 10mg | 5 | QL (30 tabs / 30 días), NM, LA, PA | 10/1/2024 |
| TREMFYA SOPN 100mg/ml | 5 | QL (1 pluma / 28 days), NM, PA | 6/1/2024 |
| TREMFYA SOSY 100mg/ml | 5 | QL (1 jeringa / 28 days), NM, PA | 6/1/2024 |
| tridacaine ii PTCH 5% | 4 | QL (3 parche / 1 días), PA | 10/1/2024 |
| TRUQAP TABS 160mg, 200mg | 5 | QL (64 tabs / 28 días), NM, LA, PA | 3/1/2024 |
| turqoz | 3 | | 2/1/2024 |
| UBRELVY TABS 50mg, 100mg | 3 | QL (16 tabs / 30 días), PA | 2/1/2024 |
| vancomycin hcl SOLR 1.25gm, 1.5gm | 4 | | 8/1/2024 |
| VANCOMYCIN HYDROCHLORIDE SOLR 1gm, 5gm, 10gm, 500mg | 4 | | 6/1/2024 |
| VANFLYTA TABS 17.7mg, 26.5mg | 5 | QL (56 tabs / 28 días), NM, LA, PA | 2/1/2024 |
| VAXCHORA SUS | 1 | | 11/1/2024 |
| vigadrone TABS 500mg | 5 | QL (180 tabs / 30 días), NM, LA, PA | 1/1/2024 |
| VIGAFYDE SOLN 100mg/ml | 5 | QL (900 mL / 30 días), NM, LA, PA | 11/1/2024 |
| vigpoder PACK 500mg | 5 | QL (180 paquetes / 30 días), NM, LA, PA | 5/1/2024 |
| VRAYLAR CAP 1.5-3MG | 4 | QL (2 paquetes / año) | 11/1/2024 |

November 01, 2024 - COH Pref, TWU Pref, SHELL Greater Houston

ID: 00024215 Version: 17

PA= Se aplica autorización previa, B/D = Cubierto bajo Medicare Parte B o D, ST= Se aplica terapia escalonada,
 QL=Se aplica límite de cantidad, LA = Acceso limitado, NM = No disponible en el pedido por correo

El Apéndice del Formulario hasta el 11/01/2024

Adiciones

| Nombre del Medicamento | Nivel | Notas | Fecha de Vigencia |
|--|-------|--|-------------------|
| XALKORI CPSP 150mg | 5 | QL (180 caps / 30 días), NM, LA, PA | 2/1/2024 |
| XALKORI CPSP 20mg | 5 | QL (240 caps / 30 días), NM, LA, PA | 2/1/2024 |
| XALKORI CPSP 50mg | 5 | QL (120 caps / 30 días), NM, LA, PA | 2/1/2024 |
| XCOPRI TABS 25mg | 5 | QL (30 tabs / 30 días) | 8/1/2024 |
| XDEMVI SOLN .25% | 5 | NM, LA, PA | 9/1/2024 |
| XOLAIR SOAJ 75mg/0.5ml, 150mg/ml, 300mg/2ml | 5 | NM, LA, PA | 5/1/2024 |
| XOLAIR SOSY 300mg/2ml | 5 | NM, LA, PA | 5/1/2024 |
| yargesa CAPS 100mg | 5 | QL (90 caps / 30 días), NM, PA | 2/1/2024 |
| ZEMAIRA SOLR 4000mg, 5000mg | 5 | NM, LA, PA | 3/1/2024 |
| ZURZUVAE CAPS 20mg, 25mg | 5 | QL (28 caps / 14 días), NM, LA, PA | 2/1/2024 |
| ZURZUVAE CAPS 30mg | 5 | QL (14 caps / 14 días), NM, LA, PA | 2/1/2024 |

November 01, 2024 - COH Pref, TWU Pref, SHELL Greater Houston

ID: 00024215 Version: 17

PA= Se aplica autorización previa, B/D = Cubierto bajo Medicare Parte B o D, ST= Se aplica terapia escalonada,
QL=Se aplica límite de cantidad, LA = Acceso limitado, NM = No disponible en el pedido por correo

Canceladuras

| Medicación Afectada | Descripción del Cambio | Motivo del Cambio | Medicamento Alternativo | Nivel de Medicamento Alternativo | Notas de Medicamento Alternativo | Fecha de Vigencia Date |
|--|--|--------------------------|---|----------------------------------|----------------------------------|------------------------|
| amabelz tab 0.5-0.1mg | Eliminación de medicamentos del formulario | Fabricante descontinuado | ESTRADIOL & NORETHINDRONE ACETATE TAB 0.5-0.1 MG | 3 | | 7/1/2024 |
| amabelz tab 1-0.5MG | Eliminación de medicamentos del formulario | Fabricante descontinuado | ESTRADIOL & NORETHINDRONE ACETATE TAB 1-0.5 MG; MIMVEY TAB 1-0.5 MG | 3 | | 3/1/2024 |
| amoxicillin & k clavulanate chew tab 200-28.5 mg | Eliminación de medicamentos del formulario | Fabricante descontinuado | amoxicillin & k clavulanate for susp 200-28.5 mg/5ml | 3 | | 10/1/2024 |
| cefactor SUSR 125mg/5ml | Eliminación de medicamentos del formulario | Fabricante descontinuado | CEFACTOR SUS 250MG/5ML | 4 | | 2/1/2024 |
| cefactor SUSR 375mg/5ml | Eliminación de medicamentos del formulario | Fabricante descontinuado | CEFACTOR SUS 250MG/5ML | 4 | | 2/1/2024 |
| CEFTAZIDIME/ SOL D5W 1GM | Eliminación de medicamentos del formulario | Fabricante descontinuado | CEFTAZIDIME INJ | 4 | | 2/1/2024 |
| CEFTAZIDIME/ SOL D5W 2GM | Eliminación de medicamentos del formulario | Fabricante descontinuado | CEFTAZIDIME INJ | 4 | | 2/1/2024 |
| chateal | Eliminación de medicamentos del formulario | Fabricante descontinuado | CHATEAL EQ | 3 | | 4/1/2024 |

November 01, 2024 - COH Pref, TWU Pref, SHELL Greater Houston

ID: 00024215 Version: 17

PA= Se aplica autorización previa, B/D = Cubierto bajo Medicare Parte B o D, ST= Se aplica terapia escalonada,

QL = Se aplica límite de cantidad, LA = Acceso limitado, NM = No disponible en el pedido por correo

Canceladuras

| Medicación Afectada | Descripción del Cambio | Motivo del Cambio | Medicamento Alternativo | Nivel de Medicamento Alternativo | Notas de Medicamento Alternativo | Fecha de Vigencia Date |
|--------------------------------------|--|--------------------------|--|----------------------------------|----------------------------------|------------------------|
| ciprofloxacin hcl TABS 100mg | Eliminación de medicamentos del formulario | Fabricante descontinuado | CIPROFLOXACIN HCL TAB 250 MG | 1 | | 2/1/2024 |
| clindamycin phosphate SOLN 300mg/2ml | Eliminación de medicamentos del formulario | Fabricante descontinuado | CLINDAMYCIN INJ 600MG/4ML | 3 | | 2/1/2024 |
| CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 500mg/ml | Eliminación de medicamentos del formulario | Fabricante descontinuado | CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1gm/5ml | 5 | B/D | 9/1/2024 |
| cyclosporine SOLN 50mg/ml | Eliminación de medicamentos del formulario | Fabricante descontinuado | Consulte a su proveedor de atención médica | | | 9/1/2024 |
| efavirenz CAPS 200mg | Eliminación de medicamentos del formulario | Fabricante descontinuado | efavirenz TABS 600mg | 4 | | 11/1/2024 |
| efavirenz CAPS 50mg | Eliminación de medicamentos del formulario | Fabricante descontinuado | efavirenz TABS 600mg | 4 | | 11/1/2024 |
| EMCYT CAPS 140mg | Eliminación de medicamentos del formulario | Fabricante descontinuado | Consulte a su proveedor de atención médica | | | 5/1/2024 |
| erythrocin stearate TABS 250mg | Eliminación de medicamentos del formulario | Fabricante descontinuado | erythromycin base TBEC 250mg | 4 | | 10/1/2024 |

November 01, 2024 - COH Pref, TWU Pref, SHELL Greater Houston

ID: 00024215 Version: 17

PA= Se aplica autorización previa, B/D = Cubierto bajo Medicare Parte B o D, ST= Se aplica terapia escalonada,

QL = Se aplica límite de cantidad, LA = Acceso limitado, NM = No disponible en el pedido por correo

Canceladuras

| Medicación Afectada | Descripción del Cambio | Motivo del Cambio | Medicamento Alternativo | Nivel de Medicamento Alternativo | Notas de Medicamento Alternativo | Fecha de Vigencia Date |
|--------------------------------|--|--------------------------|--|----------------------------------|--|------------------------|
| EXKIVITY CAPS 40mg | Eliminación de medicamentos del formulario | Fabricante descontinuado | Consulte a su proveedor de atención médica | | | 8/1/2024 |
| FLEBOGAMMA DIF SOLN 10gm/100ml | Eliminación de medicamentos del formulario | Fabricante descontinuado | BIVIGAM INJ 10GM/100ML; GAMMAPLEX INJ 10GM/100ML; OCTAGAM INJ 10GM/100ML; PRIVIGEN INJ 10GM/100ML | 5 | NM, LA, PA; NM, LA, PA; NM, PA; NM, PA | 3/1/2024 |
| FLEBOGAMMA DIF SOLN 2.5gm/50ml | Eliminación de medicamentos del formulario | Fabricante descontinuado | OCTAGAM INJ 2.5GM/50ML | 5 | NM, PA | 3/1/2024 |
| FLEBOGAMMA DIF SOLN 20gm/200ml | Eliminación de medicamentos del formulario | Fabricante descontinuado | GAMMAPLEX INJ 20GM/200ML; OCTAGAM INJ 20GM/200ML; PRIVIGEN INJ 20GM/200ML | 5 | NM, LA, PA; NM, PA; NM, PA | 3/1/2024 |
| FLEBOGAMMA DIF SOLN 5gm/50ml | Eliminación de medicamentos del formulario | Fabricante descontinuado | BIVIGAM INJ 5GM/50ML; GAMMAPLEX INJ 5GM/50ML; OCTAGAM INJ 5GM/50ML; PRIVIGEN INJ 5GM/50ML | 5 | NM, LA, PA; NM, LA, PA; NM, PA; NM, PA | 3/1/2024 |
| GVOKE PFS SOSY 0.5 MG/0.1ML | Eliminación de medicamentos del formulario | Fabricante descontinuado | GVOKE PFS INJ PREF SYRINGE 1MG/0.2ML; GVOKE HYPOPEN; GVOKE KIT | 3 | | 3/1/2024 |
| HUMIRA PEDIA INJ CROHNS | Eliminación de medicamentos del formulario | Fabricante descontinuado | HUMIRA PEN STARTER KIT CD/UC/HS | 5 | QL (3 pluma / 28 días), NM, PA | 8/1/2024 |

November 01, 2024 - COH Pref, TWU Pref, SHELL Greater Houston

ID: 00024215 Version: 17

PA= Se aplica autorización previa, B/D = Cubierto bajo Medicare Parte B o D, ST= Se aplica terapia escalonada,
QL = Se aplica límite de cantidad, LA = Acceso limitado, NM = No disponible en el pedido por correo

Canceladuras

| Medicación Afectada | Descripción del Cambio | Motivo del Cambio | Medicamento Alternativo | Nivel de Medicamento Alternativo | Notas de Medicamento Alternativo | Fecha de Vigencia Date |
|---|--|--------------------------|--|----------------------------------|----------------------------------|------------------------|
| HUMIRA PEDIATRIC CROHNS D PSKT 80mg/0.8ml | Eliminación de medicamentos del formulario | Fabricante descontinuado | HUMIRA PEN STARTER KIT CD/UC/HS | 5 | QL (3 pluma / 28 días), NM, PA | 8/1/2024 |
| HUMIRA PEN-CD/UC/HS START PNKT 40mg/0.8ml | Eliminación de medicamentos del formulario | Fabricante descontinuado | HUMIRA PEN INJ 40MG/0.8ML | 5 | QL (pluma / 28 días), NM, PA | 4/1/2024 |
| HUMIRA PEN-PS/UV STARTER PNKT 40mg/0.8ml | Eliminación de medicamentos del formulario | Fabricante descontinuado | HUMIRA PEN INJ KIT 40 MG/0.8ML | 5 | QL (pluma / 28 días), NM, PA | 8/1/2024 |
| LEXIVA SUSP 50mg/ml | Eliminación de medicamentos del formulario | Fabricante descontinuado | fosamprenavir calcium TABS 700mg | 5 | | 10/1/2024 |
| LIVALO TABS 1mg, 2mg, 4mg | Eliminación de medicamentos del formulario | Genérico disponible | pitavastatin calcium TABS 1mg, 2mg, 4mg | 6 | QL (30 tabs / 30 días), ST | 5/1/2024 |
| nevirapine TB24 100mg | Eliminación de medicamentos del formulario | Fabricante descontinuado | NEVIRAPINE TABER 400MG | 4 | | 2/1/2024 |
| olopatadine hcl SOLN .1% | Eliminación de medicamentos del formulario | Fabricante descontinuado | AZELASTINE HCL OPHTH SOLN 0.05% | 3 | | 2/1/2024 |
| paromomycin sulfate CAPS 250mg | Eliminación de medicamentos del formulario | Fabricante descontinuado | Consulte a su proveedor de atención médica | | | 4/1/2024 |

November 01, 2024 - COH Pref, TWU Pref, SHELL Greater Houston

ID: 00024215 Version: 17

PA= Se aplica autorización previa, B/D = Cubierto bajo Medicare Parte B o D, ST= Se aplica terapia escalonada,

QL = Se aplica límite de cantidad, LA = Acceso limitado, NM = No disponible en el pedido por correo

Canceladuras

| Medicación Afectada | Descripción del Cambio | Motivo del Cambio | Medicamento Alternativo | Nivel de Medicamento Alternativo | Notas de Medicamento Alternativo | Fecha de Vigencia Date |
|--|--|--------------------------|---|----------------------------------|--|------------------------|
| PENICILLIN G PROCAINE SUSP 600000unit/ml | Eliminación de medicamentos del formulario | Fabricante descontinuado | PENICILLIN G POTASSIUM INJ SOLR 5000000 UNIT, 20000000 UNIT | 4 | | 3/1/2024 |
| RISPERDAL CONSTA SRER 12.5mg, 25mg | Eliminación de medicamentos del formulario | Genérico disponible | risperidone microspheres SRER 12.5mg, 25mg | 4 | QL (2 inyección / 28 días) | 5/1/2024 |
| RISPERDAL CONSTA SRER 37.5mg, 50mg | Eliminación de medicamentos del formulario | Genérico disponible | risperidone microspheres SRER 37.5mg, 50mg | 5 | QL (2 inyección / 28 días) | 5/1/2024 |
| stavudine CAPS 15mg, 20mg, 30mg, 40mg | Eliminación de medicamentos del formulario | Fabricante descontinuado | ABACAVIR TAB, EMTRICITABINE CAP, LAMIVUDINE TAB, ZIDOVUDINE TAB | 3 | | 1/1/2024 |
| SYMJEPI SOSY .15mg/0.3ml | Eliminación de medicamentos del formulario | Fabricante descontinuado | EPINEPHRINE INJ 0.15MG | 3 | | 2/1/2024 |
| SYMJEPI SOSY .3mg/0.3ml | Eliminación de medicamentos del formulario | Fabricante descontinuado | EPINEPHRINE INJ 0.3MG | 3 | | 2/1/2024 |
| SYNRIBO SOLR 3.5mg | Eliminación de medicamentos del formulario | Fabricante descontinuado | ICLUSIG TAB; SCEMBLIX TAB | 5 | QL (30 tabs / 30 días), NM, LA, PA; QL (60 tabs / 30 días), NM, PA | 2/1/2024 |

November 01, 2024 - COH Pref, TWU Pref, SHELL Greater Houston

ID: 00024215 Version: 17

PA= Se aplica autorización previa, B/D = Cubierto bajo Medicare Parte B o D, ST= Se aplica terapia escalonada,

QL = Se aplica límite de cantidad, LA = Acceso limitado, NM = No disponible en el pedido por correo

Canceladuras

| Medicación Afectada | Descripción del Cambio | Motivo del Cambio | Medicamento Alternativo | Nivel de Medicamento Alternativo | Notas de Medicamento Alternativo | Fecha de Vigencia Date |
|--|--|--------------------------|--|----------------------------------|---|------------------------|
| taztia xt CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg | Eliminación de medicamentos del formulario | Fabricante descontinuado | diltiazem hcl extended release beads CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg; tiadylt er CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg | 2 | | 9/1/2024 |
| TRICARE TAB PRENATAL | Eliminación de medicamentos del formulario | Fabricante descontinuado | PRENATAL TAB 27-1MG | 3 | | 1/1/2024 |
| VOTRIENT TABS 200mg | Eliminación de medicamentos del formulario | Genérico disponible | PAZOPANIB HCL TAB 200 MG | 5 | QL (120 tabs / 30 días), NM, PA | 5/1/2024 |
| VRAYLAR CAP 1.5-3MG | Eliminación de medicamentos del formulario | Fabricante descontinuado | VRAYLAR CAPS 1.5mg; VRAYLAR CAPS 3mg | 4 | QL (60 caps / 30 días; QL (30 caps / 30 días) | 6/1/2024 |
| ZEJULA CAPS 100mg | Eliminación de medicamentos del formulario | Fabricante descontinuado | ZEJULA TABS 100mg | 5 | QL (30 tabs / 30 días), NM, LA, PA | 9/1/2024 |
| zoledronic acid SOLN 4mg/100ml | Eliminación de medicamentos del formulario | Fabricante descontinuado | zoledronic acid CONC 4mg/5ml | 4 | B/D, NM | 10/1/2024 |

November 01, 2024 - COH Pref, TWU Pref, SHELL Greater Houston

ID: 00024215 Version: 17

PA= Se aplica autorización previa, B/D = Cubierto bajo Medicare Parte B o D, ST= Se aplica terapia escalonada,

QL = Se aplica límite de cantidad, LA = Acceso limitado, NM = No disponible en el pedido por correo

Nivel de menor costo

| Medicación Afectada | Nivel* | Notas | Fecha de Vigencia |
|---------------------|--------|-------|-------------------|
|---------------------|--------|-------|-------------------|

* Lower cost sharing tier

November 01, 2024 - COH Pref, TWU Pref, SHELL Greater Houston

ID: 00024215 Version: 17

PA= Se aplica autorización previa, B/D = Cubierto bajo Medicare Parte B o D, ST= Se aplica terapia escalonada,
QL = Se aplica límite de cantidad, LA = Acceso limitado, NM = No disponible en el pedido por correo

Cambios de Requisitos

| Medicación Afectada | Nivel | Notas | Fecha de Vigencia |
|--|-------|-----------------------------------|-------------------|
| CAPLYTA CAPS 10.5mg, 21mg, 42mg | 4 | PA eliminados | 1/1/2024 |
| clotrimazole (topical) SOLN 1% | 3 | QL aumentado 60 mL / 30 días | 6/1/2024 |
| DESCOVY TAB 120-15MG | 5 | QL eliminados | 11/1/2024 |
| DESCOVY TAB 200/25MG | 5 | QL eliminados | 11/1/2024 |
| DULERA AER 100-5MCG | 4 | QL aumentado 3 inhalers / 30 días | 4/1/2024 |
| DULERA AER 200-5MCG | 4 | QL aumentado 3 inhalers / 30 días | 4/1/2024 |
| DULERA AER 50-5MCG | 4 | QL aumentado 3 inhalers / 30 días | 4/1/2024 |
| emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg | 5 | QL eliminados | 11/1/2024 |
| emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg | 5 | QL eliminados | 11/1/2024 |
| emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg | 5 | QL eliminados | 11/1/2024 |
| emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg | 4 | QL eliminados | 11/1/2024 |
| HUMIRA PSKT 20mg/0.2ml | 5 | QL aumentado 4 jeringa / 28 días | 6/1/2024 |
| PEMAZYRE TABS 4.5mg, 9mg, 13.5mg | 5 | QL aumentado 28 tabs/ 28 días | 3/1/2024 |
| SKYRIZI SOLN 600mg/10ml | 5 | QL aumentado 12 frasco / 365 días | 10/1/2024 |
| THALOMID CAPS 100mg | 5 | QL aumentado 112 caps / 28 días | 7/1/2024 |
| THALOMID CAPS 50mg | 5 | QL aumentado 84 caps / 28 días | 7/1/2024 |

November 01, 2024 - COH Pref, TWU Pref, SHELL Greater Houston

ID: 00024215 Version: 17

PA= Se aplica autorización previa, B/D = Cubierto bajo Medicare Parte B o D, ST= Se aplica terapia escalonada,

QL = Se aplica límite de cantidad, LA = Acceso limitado, NM = No disponible en el pedido por correo