

# 2025

# ANEXO DEL FORMULARIO

## Lista de Medicamentos Cubiertos

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

Identificación del formulario: 25501      Versión: 8

Este formulario fue actualizado el 1/1/2025. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con Optum Rx, al 1-800-707-8194 (TTY: 711), 24 horas por 7 días o visita [www.kelseycareadvantage.com](http://www.kelseycareadvantage.com).

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

## El Apéndice del Formulario hasta el 01/01/2025

### Adiciones

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Fecha de Vigencia
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 18 MG	5	PA; QL (30 tabs / 30 días)	1/1/2025
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 12 & 18 & 24 & 30 MG	5	PA; QL (56 tabs / 365 días)	1/1/2025
azurette oral tablets	3		1/1/2025
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 20 mg, 60 mg	4	QL (60 tabs / 30 días)	1/1/2025
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 30 mg, 40 mg	4	QL (90 tabs / 30 días)	1/1/2025
ENTRESTO ORAL CAPSULE 15-16 MG	3	QL (240 caps / 30 días)	1/1/2025
ENTRESTO ORAL CAPSULE 6-6 MG	3	QL (240 caps / 30 días)	1/1/2025
ivabradine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg	4	PA; QL (60 tabs / 30 días)	1/1/2025
l-glutamine oral packet 5 gm	5	PA	1/1/2025
MRESVIA INTRAMUSCULAR SUSY 50MCG/0.5ML	1		1/1/2025
OTEZLA ORAL TABLET 20 MG	5	PA; QL (60 tabs / 30 días)	1/1/2025
OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 20 MG	5	PA; QL (110 / 365 días)	1/1/2025
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG	5	PA	1/1/2025
RETEVMO ORAL TABLET 40 MG	5	PA; QL (90 tabs / 30 días)	1/1/2025
RETEVMO ORAL TABLET 80 MG	5	PA; QL (60 tabs / 30 días)	1/1/2025
torpenz oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg, 10 mg	5	PA; QL (30 tabs / 30 días)	1/1/2025
VAXCHORA INTRAMUSCULAR SUSR	3		1/1/2025
VIGAFYDE SOLUTION 100 MG/ML	5	PA	1/1/2025

**January 01, 2025 - COH Pref, TWU Pref, SHELL Greater Houston** ID: 00025501 Version: 8

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
CORLANOR ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG	Eliminación de medicamentos del formulario	Genérico disponible	ivabradine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg	4	PA; QL (60 tabs / 30 días)	1/1/2025
ENDARI ORAL PACKET 5 GM	Eliminación de medicamentos del formulario	Genérico disponible	l-glutamine oral packet 5 gm	5	PA	1/1/2025

**January 01, 2025 - COH Pref, TWU Pref, SHELL Greater Houston** ID: 00025501 Version: 8

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

**January 01, 2025 - COH Pref, TWU Pref, SHELL Greater Houston** ID: 00025501 Version: 8

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
---------------------	-------	-------	-------------------

**January 01, 2025 - COH Pref, TWU Pref, SHELL Greater Houston**

ID: 00025501 Version: 8

---

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