

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: 10

Este formulario fue actualizado el 3/1/2025. 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.

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

El Apéndice del Formulario hasta el 03/01/2025

Adiciones

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Fecha de Vigencia
adalimumab-aaty (1-pen) subcutaneous solution auto-injector 80mg/0.8mL	5	PA; QL (6 EA / 28 días)	2/1/2025
adalimumab-aaty (2 syringe) subcutaneous prefilled syringe kit 20mg/0.2ml	5	PA; QL (1 EA / 28 días)	2/1/2025
adalimumab-aaty (2 syringe) subcutaneous prefilled syringe kit 40mg/0.4ml	5	PA; QL (3 EA / 28 días)	2/1/2025
adalimumab-aaty (2-pen) subcutaneous solution auto-injector 40mg/0.4mL	5	PA; QL (6 EA / 28 días)	2/1/2025
ADBRY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 300MG/2ML	5	PA; QL (6 EA / 28 días)	2/1/2025
AIRSUPRA INHALATION AEROSOL 90-80 MCG/ACT	3	QL (32.1 GM / 30 días)	3/1/2025
AUGTYRO ORAL CAPSULE 160 MG	5	PA	2/1/2025
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
COBENFY ORAL CAPSULE 20MG; 50MG, 30MG; 125MG, 20MG; 100MG	5	PA; QL (60 tabs / 30 días)	2/1/2025
COBENFY ORAL CAPSULE STARTER PACK 20 MG; 0	5	PA; QL (112 tabs / 365 días)	2/1/2025
DANZITEN ORAL TABLET 71 MG, 95 MG	5	PA	3/1/2025
dasatinib oral tablets 20 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg, 100 mg, 140 mg	5	PA	2/1/2025
doxepin hydrochloride oral tablets 3 mg, 6 mg	3	QL (30 tabs / 30 días)	2/1/2025
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

01 marzo, 2025 - COH Pref, TWU Pref, SHELL Greater Houston ID: 00024215 Version: 10

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 03/01/2025

Adiciones

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Fecha de Vigencia
ENTRESTO ORAL CAPSULE 6-6 MG	3	QL (240 caps / 30 días)	1/1/2025
gallifrey oral tablets	3		2/1/2025
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg	3		2/1/2025
IMKELDI ORAL SOLUTION 80 MG/ML	5	PA	3/1/2025
ITOVEBI ORAL TABLET 3 MG	5	PA; QL (60 tabs / 30 días)	2/1/2025
ITOVEBI ORAL TABLET 9 MG	5		2/1/2025
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
LAGEVRIO ORAL CAPSULE 200 MG	3	QL (40 caps / 5 días)	3/1/2025
LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG	5	PA	2/1/2025
LAZCLUZE ORAL TABLET 80 MG	5	PA; QL (60 tabs / 30 días)	2/1/2025
LIVMARLI ORAL SOLUTION 19 MG/ML	5	PA; QL (60 mL / 30 días)	2/1/2025
LIVMARLI ORAL SOLUTION 9.5 MG/ML	5	PA; QL (90 mL / 30 días)	2/1/2025
LUMAKRAS ORAL TABLET 240 MG	5	PA	2/1/2025
MRESVIA INTRAMUSCULAR SUSY 50MCG/0.5ML	1		1/1/2025
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	5	PA; QL (3 mL / 28 días)	2/1/2025
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML	5	PA; QL (0.40 mL / 28 días)	2/1/2025
NUCALA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG/VIAL	5	PA; QL (3 mL / 28 días)	2/1/2025
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
potassium chloride er oral tablet extended release 15 meq	2		3/1/2025
quinapril/hydrochlorothiazide oral tablets 12.5MG; 10MG, 12.5MG; 20MG, 25MG; 20MG	6		2/1/2025
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

01 marzo, 2025 - COH Pref, TWU Pref, SHELL Greater Houston ID: 00024215 Version: 10

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 03/01/2025

Adiciones

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Fecha de Vigencia
REVLIMID ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	5	PA	3/1/2025
REVUFORJ ORAL TABLET 110 MG, 160 MG	5	PA	3/1/2025
RINVOQ ORAL SOLUTION 1MG/ML	5	PA; QL (360 mL / 30 días)	2/1/2025
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
VELTASSA ORAL PACKET 1 GM	4		3/1/2025
VIGAFYDE SOLUTION 100 MG/ML	5	PA	1/1/2025
VORANIGO ORAL TABLET 10 MG	5	PA; QL (60 tabs / 30 días)	2/1/2025
VORANIGO ORAL TABLET 40 MG	5	PA	2/1/2025

01 marzo,2025 - COH Pref, TWU Pref, SHELL Greater Houston ID: 00024215 Version: 10

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
BYDUREON BCISE SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 2 MG/0.85ML	Eliminación de medicamentos del formulario	Fabricante descontinuado	MOUNJARO SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 10 MG/0.5ML, 12.5 MG/0.5ML, 15 MG/0.5ML, 2.5 MG/0.5ML, 5 MG/0.5ML, 7.5 MG/0.5ML; OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2 MG/3ML; OZEMPIC (1 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 4 MG/3ML; OZEMPIC (2 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 8 MG/3ML	3	PA; QL (3 mL / 28 días)	3/1/2025
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
PREHEVBRIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML	Eliminación de medicamentos del formulario	Fabricante descontinuado	HEPLISAV-B INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MCG/0.5ML; ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION 20	1	B/D	3/1/2025

01 marzo,2025 - COH Pref, TWU Pref, SHELL Greater Houston ID: 00024215 Version: 10

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
			MCG/ML; ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/0.5ML, 20 MCG/ML			
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF/0.5ML	Eliminación de medicamentos del formulario	Fabricante descontinuado	TENIVAC INTRAMUSCULAR INJECTABLE 5-2 LFU, 5-2 LFU (INJECTION)	1		3/1/2025

01 marzo,2025 - COH Pref, TWU Pref, SHELL Greater Houston ID: 00024215 Version: 10

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
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 5- 2.5-18.5 LF-MCG/0.5	1		2/1/2025
emtricitabine-tenofovir df oral tablet 200- 300 mg	2	QL (30 tabs / 30 días)	2/1/2025
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	1		2/1/2025
IXCHIQ INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	1		2/1/2025
PENBRAYA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	1		2/1/2025
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION 5 MCG/0.5ML	1	B/D	2/1/2025
TICOVAC INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 2.4 MCG/0.5ML	1		2/1/2025
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MCG/0.5ML	1		2/1/2025
VAXCHORA INTRAMUSCULAR SUSR	1		2/1/2025

* Lower cost sharing tier

01 marzo,2025 - COH Pref, TWU Pref, SHELL Greater Houston ID: 00024215 Version: 10

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

01 marzo, 2025 - COH Pref, TWU Pref, SHELL Greater Houston

ID: 00024215 Version: 10

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