

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.

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 - Classic, Freedom, Signature, Secure, Thrive 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, GC = Para medicamentos con el símbolo "GC".

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 - Classic, Freedom, Signature, Secure, Thrive 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, GC = Para medicamentos con el símbolo "GC".

Nivel de menor costo

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

* Lower cost sharing tier

January 01, 2025 -Classic, Freedom, Signature, Secure, Thrive 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, GC = Para medicamentos con el símbolo "GC".

Cambios de Requisitos

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

January 01, 2025 - Classic, Freedom, Signature, Secure, Thrive

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, GC = Para medicamentos con el símbolo "GC".