

2024

KelseyCare
Advantage
★★★★

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: 10

El documento se actualizó por última vez el 04/01/2024. 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 04/01/2024

Adiciones

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Fecha de Vigencia
ABRYSVO SOLR 120mcg/0.5ml	1	GC	1/ 1/24
ADALIMUMAB-AACF AJKT 40mg/0.8ml	5	QL (56 plumas / 365 días), NM, PA	2/ 1/24
AKEEGA TAB 100/500	5	QL (60 tabs / 30 días), NM, LA, PA	2/ 1/24
AKEEGA TAB 50/500MG	5	QL (60 tabs / 30 días), NM, LA, PA	2/ 1/24
AREXVY SUSR 120mcg/0.5ml	1	GC	1/ 1/24
AUGTYRO CAPS 40mg	5	QL (240 caps / 30 días), NM, LA, PA	3/ 1/24
AUSTEDO XR TAB TITR KIT	5	QL (2 paquete / año), NM, PA	1/ 1/24
AUVELITY TAB 45-105MG	4	QL (60 tabs / 30 días), PA	3/ 1/24
BOSULIF CAPS 100mg	5	QL (150 caps / 25 días), NM, PA	4/ 1/24
BOSULIF CAPS 50mg	5	QL (360 caps / 30 días), NM, PA	4/ 1/24
BREO ELLIPTA INH 50-25MCG	3	QL (60 blisters / 30 días)	2/ 1/24
bromfenac sodium (ophth) SOLN .07%	3		3/ 1/24
bromfenac sodium (ophth) SOLN .075%	4		4/ 1/24
<i>chateal eq</i>	3		4/ 1/24
CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 500mg/ml	5	B/D	1/ 1/24
dabigatran etexilate mesylate CAPS 110mg	4	QL (120 caps / 30 días)	4/ 1/24
<i>enilloring</i>	4		1/ 1/24
FIASP PMPCRT INJ U-100	3	B/D	1/ 1/24
FRUZAQLA CAPS 1mg	5	QL (84 caps / 28 días), NM, LA, PA	3/ 1/24
FRUZAQLA CAPS 5mg	5	QL (21 caps / 28 días), NM, LA, PA	3/ 1/24
gabapentin (once-daily) TABS 300mg	4	QL (180 tabs / 30 días), PA	4/ 1/24
gabapentin (once-daily) TABS 600mg	4	QL (90 tabs / 30 días), PA	4/ 1/24
<i>haloette</i>	4		1/ 1/24
IDACIO AJKT 40mg/0.8ml	5	QL (56 plumas / 365 días), NM, PA	2/ 1/24
IDACIO CROHN INJ DISEASE AJKT 40mg/0.8ml	5	QL (2 paquetes / año), NM, PA	2/ 1/24

Adiciones

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Fecha de Vigencia
IDACIO PLAQU INJ PSORIASIS AJKT 40mg/0.8ml	5	QL (2 paquetes /año), NM, PA	2/ 1/24
IDACIO PSKT 40mg/0.8ml	5	QL (56 plumas / 365 días), NM, PA	2/ 1/24
IWILFIN TABS 192mg	5	QL (240 tabs / 30 días), NM, LA, PA	4/ 1/24
JENTADUETO TAB 2.5-850	3	QL (60 tabs / 30 días)	1/ 1/24
KALYDECO PACK 5.8mg	5	QL (56 paquetes / 28 días), NM, LA, PA	2/ 1/24
<i>kcl 20 meq/l (0.149%) in nacl 0.45% inj</i>	3		2/ 1/24
klayesta POWD 100000unit/gm	3	QL (60 gm / 30 días)	3/ 1/24
kourzeq PSTE .1%	3		2/ 1/24
levo-t TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	1	GC	1/ 1/24
lidocan iii PTCH 5%	4	QL (3 parche / días), PA	4/ 1/24
lisdexamphetamine dimesylate CAPS 10mg, 20mg, 30mg	4	QL (60 caps / 30 días), PA	1/ 1/24
lisdexamphetamine dimesylate CAPS 40mg, 50mg, 60mg, 70mg	4	QL (30 caps / 30 días), PA	1/ 1/24
lisdexamphetamine dimesylate CHEW 10mg, 20mg, 30mg	4	QL (60 caps / 30 días), PA	1/ 1/24
lisdexamphetamine dimesylate CHEW 40mg, 50mg, 60mg	4	QL (30 caps / 30 días), PA	1/ 1/24
LITHIUM SOLN 8meq/5ml	4		2/ 1/24
LOKELMA PACK 5gm, 10gm	3		2/ 1/24
mifepristone (hyperglycemia) TABS 300mg	5	NM, PA	4/ 1/24
MORPHINE SULFATE SOLN 50mg/ml	4	B/D	3/ 1/24
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/ 1/24
<i>norelgestromin-ethinyl estradiol td ptwk 150-35 mcg/24hr</i>	4		3/ 1/24

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”.

Adiciones

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Fecha de Vigencia
OGSIVEO TABS 50mg	5	QL (180 tabs / 30 días), NM, LA, PA	3/ 1/24
OJJAARA TABS 100mg, 150mg, 200mg	5	QL (30 tabs / 30 días), NM, LA, PA	2/ 1/24
OMNIPOD 5 G7 KIT INTRO	4	QL (1 kit / año), PA	4/ 1/24
OMNIPOD 5 G7 MIS PODS	4	QL (15 pods / 30 días), PA	4/ 1/24
PAXLOVID TAB 150-100	3	QL (40 tabs / 30 días); \$0 Costo compartido	4/ 1/24
PAXLOVID TAB 300-100	3	QL (60 tabs / 30 días); \$0 Costo compartido	4/ 1/24
pazopanib hcl TABS 200mg	5	QL (120 tabs / 30 días), NM, PA	2/ 1/24
PENBRAYA INJ	1	GC	3/ 1/24
pitavastatin calcium TABS 1mg, 2mg, 4mg	6	GC, QL (30 tabs / 30 días), ST	2/ 1/24
QULIPTA TABS 10mg, 30mg, 60mg	3	QL (30 tabs / 30 días), PA	2/ 1/24
risperidone microspheres SRER 12.5mg, 25mg	4	QL (2 inyección / 28 days)	4/ 1/24
risperidone microspheres SRER 37.5mg, 50mg	5	QL (2 inyección / 28 days)	4/ 1/24
ROZLYTREK PACK 50mg	5	QL (336 paquetes / 28 días), NM, LA, PA	2/ 1/24
theophylline TB12 100mg, 200mg	4		1/ 1/24
TRUQAP TABS 160mg, 200mg	5	QL (64 tabs / 28 días), NM, LA, PA	3/ 1/24
<i>turqoz</i>	3		2/ 1/24
UBRELVY TABS 50mg, 100mg	3	QL (16 tabs / 30 días), PA	2/ 1/24
VANFLYTA TABS 17.7mg, 26.5mg	5	QL (56 tabs / 28 días), NM, LA, PA	2/ 1/24
vigadrone TABS 500mg	5	QL (180 tabs / 30 días), NM, LA, PA	1/ 1/24
XALKORI CPSP 150mg	5	QL (180 caps / 30 días), NM, LA, PA	2/ 1/24
XALKORI CPSP 20mg	5	QL (240 caps / 30 días), NM, LA, PA	2/ 1/24

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”.

Adiciones

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Fecha de Vigencia
XALKORI CPSP 50mg	5	QL (120 caps / 30 días), NM, LA, PA	2/ 1/24
yargesa CAPS 100mg	5	QL (90 caps / 30 días), NM, PA	2/ 1/24
ZEMAIRA SOLR 4000mg, 5000mg	5	NM, LA, PA	3/ 1/24
ZURZUVAE CAPS 20mg, 25mg	5	QL (28 caps / 14 días), NM, LA, PA	2/ 1/24
ZURZUVAE CAPS 30mg	5	QL (14 caps / 14 días), NM, LA, PA	2/ 1/24

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
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/ 1/24
cefactor SUSR 125mg/5ml,	Eliminación de medicamentos del formulario	Fabricante descontinuado	CEFACLOR SUS 250MG/5ML	4		2/ 1/24
cefactor SUSR 375mg/5ml	Eliminación de medicamentos del formulario	Fabricante descontinuado	CEFACLOR SUS 250MG/5ML	4		2/ 1/24
CEFTAZIDIME/ SOL D5W 1GM	Eliminación de medicamentos del formulario	Fabricante descontinuado	CEFTAZIDIME INJ	4		2/ 1/24
CEFTAZIDIME/ SOL D5W 2GM	Eliminación de medicamentos del formulario	Fabricante descontinuado	CEFTAZIDIME INJ	4		2/ 1/24
chateal	Eliminación de medicamentos del formulario	Fabricante descontinuado	CHATEAL EQ	3		4/ 1/24

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	GC	2/ 1/24
clindamycin phosphate SOLN 300mg/2ml,	Eliminación de medicamentos del formulario	Fabricante descontinuado	CLINDAMYCIN INJ 600MG/4ML	3		2/ 1/24
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/ 1/24
FLEBOGAMMA DIF SOLN 2.5gm/50ml	Eliminación de medicamentos del formulario	Fabricante descontinuado	OCTAGAM INJ 2.5GM/50ML	5	NM, PA	3/ 1/24

Canceladuras

Medicación Afectada	Descripción del Cambio	Motivo del Cambio	Medicamento Alternativo	Nivel de Medicamento Alternativo	Notas de Medicamento Alternativo	Fecha de Vigencia Date
FLEBOGAMM A DIF SOLN 20gm/200ml	Eliminación de medicamentos del formulario	Fabricante discontinuado	GAMMAPLE X INJ 20GM/200ML ; OCTAGAM INJ 20GM/200ML ; PRIVIGEN INJ 20GM/200ML	5	NM, LA, PA; NM, PA; NM, PA	3/ 1/24
FLEBOGAMM A DIF SOLN 5gm/50ml	Eliminación de medicamentos del formulario	Fabricante discontinuado	BIVIGAM INJ 5GM/50ML; GAMMAPLE X INJ 5GM/50ML; OCTAGAM INJ 5GM/50ML; PRIVIGEN INJ 5GM/50ML	5	NM, LA, PA; NM, LA, PA; NM, PA; NM, PA	3/ 1/24
GVOKE PFS SOSY 0.5 MG/0.1ML	Eliminación de medicamentos del formulario	Fabricante discontinuado	GVOKE PFS INJ PREF SYRINGE 1MG/0.2ML; GVOKE HYPOPEN; GVOKE KIT	3		3/ 1/24
HUMIRA PEN-CD/UC/H S START PNKT 40mg/0.8ml	Eliminación de medicamentos del formulario	Fabricante discontinuado	HUMIRA PEN INJ 40MG/0.8ML	5	QL (6 pens / 28 days), NM, PA	4/ 1/24

Canceladuras

Medicación Afectada	Descripción del Cambio	Motivo del Cambio	Medicamento Alternativo	Nivel de Medicamento Alternativo	Notas de Medicamento Alternativo	Fecha de Vigencia Date
nevirapine TB24 100mg	Eliminación de medicamentos del formulario	Fabricante descontinuado	NEVIRAPINE TAB ER 400MG	4		2/ 1/24
olopatadine hcl SOLN .1%	Eliminación de medicamentos del formulario	Fabricante descontinuado	AZELASTINE HCL OPHTH SOLN 0.05%	3		2/ 1/24
paromomycin sulfate CAPS 250mg	Eliminación de medicamentos del formulario	Fabricante descontinuado	Consulte a su proveedor de atención médica			4/ 1/24
PENICILLIN G PROCAINE SUSP 600000unit/ml	Eliminación de medicamentos del formulario	Fabricante descontinuado	PENICILLIN G POTASSIUM INJ SOLR 5000000 UNIT, 20000000 UNIT	4		3/ 1/24
stavudine CAPS 15mg, 20mg, 30mg, 40mg	Eliminación de medicamentos del formulario	Fabricante descontinuado	ABACAVIR TAB, EMTRICITABINE CAP, LAMIVUDINE TAB, ZIDOVUDINE TAB	3		1/ 1/24

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
SYMJEPI SOSY .15mg/0.3ml	Eliminación de medicamentos del formulario	Fabricante descontinuado	EPINEPHRINE INJ 0.15MG	3		2/ 1/24
SYMJEPI SOSY .3mg/0.3ml	Eliminación de medicamentos del formulario	Fabricante descontinuado	EPINEPHRINE INJ 0.3MG	3		2/ 1/24
SYNRIBO SOLR 3.5mg	Eliminación de medicamentos del formulario	Fabricante descontinuado	ICLUSIG TAB; SCEMBLIX TAB	5	QL (30 tabs / 30 days), NM, LA, PA; QL (60 tabs / 30 days), NM, PA	2/ 1/24
TRICARE TAB PRENATAL	Eliminación de medicamentos del formulario	Fabricante descontinuado	PRENATAL TAB 27-1MG	3		1/ 1/24

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

* Nivel de menor costo

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
CAPLYTA CAPS 10.5mg, 21mg, 42mg	4	PA eliminados	1/ 1/24
PEMAZYRE TABS 4.5mg, 9mg, 13.5mg	5	QL aumentado 28 tabs/ 28 días	3/ 1/24
DULERA AER 50-5MCG	4	QL aumentado 3 inhalers / 30 días	4/ 1/24
DULERA AER 100-5MCG	4	QL aumentado 3 inhalers / 30 días	4/ 1/24
DULERA AER 200-5MCG	4	QL aumentado 3 inhalers / 30 días	4/ 1/24