

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: 15

El documento se actualizó por última vez el 9/1/2024. 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 09/01/2024

Adiciones

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Fecha de Vigencia
ABRYSVO SOLR 120mcg/0.5ml	1		1/1/2024
ADALIMUMAB-AACF AJKT 40mg/0.8ml	5	QL (56 plumas / 365 días), NM, PA	2/1/2024
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 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
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
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

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

ID: 00024215 Version: 15

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 09/01/2024

Adiciones

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Fecha de Vigencia
dexamethasone sodium phosphate SOSY 4mg/ml	3		6/1/2024
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
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
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
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

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

ID: 00024215 Version: 15

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 09/01/2024

Adiciones

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Fecha de Vigencia
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
lisdexamphetamine dimesylate CAPS 10mg, 20mg, 30mg	4	QL (60 caps / 30 días), PA	1/1/2024
lisdexamphetamine dimesylate CAPS 40mg, 50mg, 60mg, 70mg	4	QL (30 caps / 30 días), PA	1/1/2024
lisdexamphetamine dimesylate CHEW 10mg, 20mg, 30mg	4	QL (60 caps / 30 días), PA	1/1/2024
lisdexamphetamine 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
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
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

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

ID: 00024215 Version: 15

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 09/01/2024

Adiciones

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Fecha de Vigencia
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
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
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
SCEMBLIX TABS 100mg	5	QL (120 tabs / 30 días), NM, PA	9/1/2024
theophylline TB12 100mg, 200mg	4		1/1/2024
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
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
vigadrone TABS 500mg	5	QL (180 tabs / 30 días), NM, LA, PA	1/1/2024

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

ID: 00024215 Version: 15

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 09/01/2024

Adiciones

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Fecha de Vigencia
vigpoder PACK 500mg	5	QL (180 paquetes / 30 días), NM, LA, PA	5/1/2024
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
XDEMVY 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

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

ID: 00024215 Version: 15

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
cefaclor SUSR 125mg/5ml	Eliminación de medicamentos del formulario	Fabricante descontinuado	CEFACLOR SUS 250MG/5ML	4		2/1/2024
cefaclor SUSR 375mg/5ml	Eliminación de medicamentos del formulario	Fabricante descontinuado	CEFACLOR 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
ciprofloxacina hcl TABS 100mg	Eliminación de medicamentos del formulario	Fabricante descontinuado	CIPROFLOXACIN HCL TAB 250 MG	1		2/1/2024

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

ID: 00024215 Version: 15

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
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
EMCYT CAPS 140mg	Eliminación de medicamentos del formulario	Fabricante descontinuado	Consulte a su proveedor de atención médica			5/1/2024
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;	5	NM, LA, PA; NM, PA; NM, PA	3/1/2024

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

ID: 00024215 Version: 15

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
	os del formulario		PRIVIGEN INJ 20GM/200ML			
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 HYOPEN; 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
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
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

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

ID: 00024215 Version: 15

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
nevirapine TB24 100mg	Eliminación de medicamentos del formulario	Fabricante descontinuado	NEVIRAPINE TABLET 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
PENICILLIN G PROCAINE SUSP 600000unit/ml	Eliminación de medicamentos del formulario	Fabricante descontinuado	PENICILLIN G POTASSIUM INJECTION 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 TABLET, EMTRICITABINE CAP, LAMIVUDINE TABLET, ZIDOVUDINE TABLET	3		1/1/2024
SYMJEPI SOSY .15mg/0.3ml	Eliminación de medicamentos del formulario	Fabricante descontinuado	EPINEPHRINE INJECTION 0.15MG	3		2/1/2024

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

ID: 00024215 Version: 15

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
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
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

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

ID: 00024215 Version: 15

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
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

Nivel de menor costo

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

* Lower cost sharing tier

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

ID: 00024215 Version: 15

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
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
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
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

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

ID: 00024215 Version: 15

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