

2024

ANEXO DEL FORMULARIO

Lista de Medicamentos Cubiertos

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

El documento se actualizó por última vez el . 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 11/01/2023

Adiciones

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Fecha de Vigencia
ABRYSVO SOLR 120mcg/0.5ml	1	GC	1/ 1/24
AREXVY SUSR 120mcg/0.5ml	1	GC	1/ 1/24
AUSTEDO XR TAB TITR KIT	5	QL (2 paquete / año), NM, PA	1/ 1/24
CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 500mg/ml	5	B/D	1/ 1/24
<i>enilloring</i>	4		1/ 1/24
FIASP PMPCRT INJ U-100	3	B/D	1/ 1/24
<i>haloette</i>	4		1/ 1/24
JENTADUETO TAB 2.5-850	3	QL (60 tabs / 30 días)	1/ 1/24
levo-t TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	1	GC	1/ 1/24
lisdexamfetamine dimesylate CAPS 10mg, 20mg, 30mg	4	QL (60 caps / 30 días), PA	1/ 1/24
lisdexamfetamine dimesylate CAPS 40mg, 50mg, 60mg, 70mg	4	QL (30 caps / 30 días), PA	1/ 1/24
lisdexamfetamine dimesylate CHEW 10mg, 20mg, 30mg	4	QL (60 caps / 30 días), PA	1/ 1/24
lisdexamfetamine dimesylate CHEW 40mg, 50mg, 60mg	4	QL (30 caps / 30 días), PA	1/ 1/24
theophylline TB12 100mg, 200mg	4		1/ 1/24
vigadrone TABS 500mg	5	QL (180 tabs / 30 días), NM, LA, PA	1/ 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
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

Nivel de menor costo

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

* Nivel de menor costo

Cambios de Requisitos

Medicación Afectada	Nivel	Notas	Fecha de Vigencia
CAPLYTA CAPS 10.5mg, 21mg, 42mg	4	PA eliminados	1/ 1/24