

El Apéndice del Formulario hasta el 01/09/2020

Adiciones

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Fecha de Vigencia
ABILIFY MYCITE TAB 10MG	5	ST QL (30 tabs por 30 días)	01/01/2020
ABILIFY MYCITE TAB 15MG	5	ST QL (30 tabs por 30 días)	01/01/2020
ABILIFY MYCITE TAB 20MG	5	ST QL (30 tabs por 30 días)	01/01/2020
ABILIFY MYCITE TAB 2MG	5	ST QL (30 tabs por 30 días)	01/01/2020
ABILIFY MYCITE TAB 30MG	5	ST QL (30 tabs por 30 días)	01/01/2020
ABILIFY MYCITE TAB 5MG	5	ST QL (30 tabs por 30 días)	01/01/2020
AYVAKIT TAB 100MG	5	PA QL (30 tabs por 30 días)	01/04/2020
AYVAKIT TAB 200MG	5	PA QL (30 tabs por 30 días)	01/04/2020
AYVAKIT TAB 300MG	5	PA QL (30 tabs por 30 días)	01/04/2020
AZASITE SOL 1%	3		01/02/2020
AZELEX CRE 20%	4		01/03/2020
BIVIGAM INJ 10%	5	PA	01/05/2020
BRUKINSA CAP 80MG	5	PA	01/03/2020
BYETTA INJ 10MCG	3	ST QL (2.4 ml por 28 días)	01/02/2020
BYETTA INJ 5MCG	3	ST QL (4.8 ml por 28 días)	01/02/2020
CAPLYTA CAP 42MG	5	ST QL (30 caps por 30 días)	01/06/2020
<i>cefixime cap 400mg</i>	2		01/01/2020
<i>cinacalcet tab 30mg</i>	5		01/01/2020
<i>cinacalcet tab 60mg</i>	5		01/01/2020
<i>cinacalcet tab 90mg</i>	5		01/01/2020
CIPRODEX SUS 0.3-0.1%	3		01/02/2020
<i>clovique cap 250mg</i>	5	PA	01/06/2020
<i>codeine sulf tab 15mg</i>	1	GAP	01/06/2020
CORDRAN 80X3 TAPE 4MCG/CM	4		01/03/2020
<i>diazepam gel 10mg</i>	2		01/04/2020
<i>diazepam gel 2.5mg</i>	2		01/04/2020
<i>diazepam gel 20mg</i>	2		01/04/2020
<i>diazoxide sus 50mg/ml</i>	5		01/07/2020
<i>dotti dis 0.025mg</i>	2		01/01/2020
<i>dotti dis 0.0375mg</i>	2		01/01/2020
<i>dotti dis 0.05mg</i>	2		01/01/2020
<i>dotti dis 0.075mg</i>	2		01/01/2020

ST= Se aplica terapia escalonada, QL= Se aplica límite de cantidad, PA= Se aplica autorización previa, LA = Acceso limitado, GAP = Para medicamentos con el símbolo “GAP”, KelseyCare Advantage proporciona cobertura adicional para este medicamento recetado durante esta etapa. Por favor consulte nuestra Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta cobertura.

Adiciones

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Fecha de Vigencia
<i>dotti dis 0.1mg</i>	2		01/01/2020
<i>doxepin tab 3mg</i>	2	QL (30 tabs por 30 días)	01/03/2020
<i>doxepin tab 6mg</i>	2	QL (30 tabs por 30 días)	01/03/2020
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 20MG	4	QL (60 caps por 30 días)	01/03/2020
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 30MG	4	QL (90 caps por 30 días)	01/03/2020
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 40MG	4	QL (90 caps por 30 días)	01/03/2020
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 60MG	4	QL (90 caps por 30 días)	01/03/2020
DULERA AER 50-5MCG	3	QL (13 gm por 30 días)	01/07/2020
DUREZOL EMU 0.05%	4		01/02/2020
<i>eluryng 0.015mg/24hr- 0.12mg/24hr</i>	2		01/03/2020
ENBREL MINI INJ 50MG/ml	5	PA	01/01/2020
<i>erlotinib tab 100mg</i>	5	PA QL (30 tabs por 30 días)	01/01/2020
<i>erlotinib tab 150mg</i>	5	PA QL (30 tabs por 30 días)	01/01/2020
<i>erlotinib tab 25mg</i>	5	PA QL (90 tabs por 30 días)	01/01/2020
ESBRIET TAB 267MG	5	PA	01/04/2020
<i>esomeprazole gra 10mg dr</i>	2	QL (60 packs por 30 días)	01/06/2020
<i>esomeprazole gra 20mg dr</i>	2	QL (60 packs por 30 días)	01/06/2020
<i>esomeprazole gra 40mg dr</i>	2	QL (60 packs por 30 días)	01/06/2020
<i>etonogesterel/ethynyl estradiol ring 0.015mg/24hr- 0.12mg/24hr</i>	2		01/03/2020
<i>everolimus tab 0.25mg</i>	5	PA	01/06/2020
<i>everolimus tab 0.5 mg</i>	5	PA	01/06/2020
<i>everolimus tab 0.75mg</i>	5	PA	01/06/2020
<i>everolimus tab 2.5mg</i>	5	PA QL (30 tabs por 30 días)	01/03/2020
<i>everolimus tab 5mg</i>	5	PA QL (30 tabs por 30 días)	01/03/2020
<i>everolimus tab 7.5mg</i>	5	PA QL (30 tabs por 30 días)	01/03/2020
<i>febuxostat tab 40mg</i>	2		01/01/2020
<i>febuxostat tab 80mg</i>	2		01/01/2020
FENTANYL CIT TAB 100MCG	5	PA	01/01/2020
FENTANYL CIT TAB 200MCG	5	PA	01/01/2020
FENTANYL CIT TAB 400MCG	5	PA	01/01/2020
FENTANYL CIT TAB 600MCG	5	PA	01/01/2020
FENTANYL CIT TAB 800MCG	5	PA	01/01/2020
FERRIPROX TAB 1000MG	5	PA	01/02/2020

ST= Se aplica terapia escalonada, QL= Se aplica límite de cantidad, PA= Se aplica autorización previa, LA = Acceso limitado, GAP = Para medicamentos con el símbolo “GAP”, KelseyCare Advantage proporciona cobertura adicional para este medicamento recetado durante esta etapa. Por favor consulte nuestra Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta cobertura.

Adiciones

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Fecha de Vigencia
FLOVENT HFA AER 110MCG	3	QL (24 g por 30 días)	01/02/2020
FLOVENT HFA AER 220MCG	3	QL (24 g por 30 días)	01/02/2020
FLOVENT HFA AER 44MCG	3	QL (21.2 g por 30 días)	01/02/2020
FLUOROPLEX CRE 1%	4		01/04/2020
<i>gavilyte-g sol</i> 236g-2.97g-6.74g-5.86g-22.74g	1	GAP	01/03/2020
<i>haloperidol dec inj 50mg/ml</i>	2		01/07/2020
IBRANCE TAB 100MG	5	PA	01/06/2020
IBRANCE TAB 125MG	5	PA	01/06/2020
IBRANCE TAB 75MG	5	PA	01/06/2020
<i>icatibant inj 30mg/3ml</i>	5	PA	01/01/2020
INREBIC CAP 100MG	5	PA	01/01/2020
<i>isosorbide dinitrate tab 40mg</i>	5		01/03/2020
KALYDECO PAK 25MG	5	PA	01/01/2020
<i>ketodan foam 2%</i>	2		01/02/2020
<i>ketoprofen cap 50mg</i>	1	GAP	01/06/2020
<i>ketoprofen cap 75mg</i>	1	GAP	01/06/2020
KOSELUGO CAP 10MG	5	PA	01/07/2020
KOSELUGO CAP 25MG	5	PA	01/07/2020
<i>loteprednol sus 0.5%</i>	2		01/01/2020
<i>mesalamine er cap 0.375g</i>	2		01/03/2020
<i>metformin sol 500/5ml</i>	2	ST QL (765 ml por 30 días)	01/07/2020
<i>metoprolol tar tab 37.5mg</i>	1	GAP	01/02/2020
<i>metoprolol tar tab 75mg</i>	1	GAP	01/02/2020
NAYZILAM SPR 5MG	5		01/05/2020
<i>nitisinone cap 10mg</i>	5		01/08/2020
<i>nitisinone cap 2mg</i>	5		01/08/2020
<i>nitisinone cap 5mg</i>	5		01/08/2020
NOVOLIN INJ FLEXPEN	3		01/06/2020
NOVOLIN N INJ 100 UNIT	3		01/07/2020
NOVOLIN R INJ 100 UNIT	3		01/07/2020
NUBEQA TAB 300MG	5	PA	01/01/2020
PEMAZYRE TAB 13.5MG	5	PA QL (30 tabs por 30 días)	01/07/2020
PEMAZYRE TAB 4.5MG	5	PA QL (30 tabs por 30 días)	01/07/2020

ST= Se aplica terapia escalonada, QL= Se aplica límite de cantidad, PA= Se aplica autorización previa, LA = Acceso limitado, GAP = Para medicamentos con el símbolo “GAP”, KelseyCare Advantage proporciona cobertura adicional para este medicamento recetado durante esta etapa. Por favor consulte nuestra Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta cobertura.

Adiciones

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Fecha de Vigencia
PEMAZYRE TAB 9MG	5	PA QL (30 tabs por 30 días)	01/07/2020
<i>penicillamine tab 250mg</i>	5		01/04/2020
<i>pentamidine inh 300mg</i>	2	PA	01/03/2020
<i>pentamidine inj 300mg</i>	2		01/03/2020
PIQRAY 200MG TAB	5	PA	01/01/2020
PIQRAY 250MG TAB	5	PA	01/01/2020
PIQRAY 300MG TAB	5	PA	01/01/2020
PLAQUENIL TAB 200MG	4		01/06/2020
<i>posaconazole tab 100mg dr</i>	5		01/02/2020
<i>pregabalin cap 100mg</i>	2	QL (90 caps por 30 días)	01/01/2020
<i>pregabalin cap 150mg</i>	2	QL (90 caps por 30 días)	01/01/2020
<i>pregabalin cap 200mg</i>	2	QL (90 caps por 30 días)	01/01/2020
<i>pregabalin cap 225mg</i>	2	QL (90 caps por 30 días)	01/01/2020
<i>pregabalin cap 25mg</i>	2	QL (90 caps por 30 días)	01/01/2020
<i>pregabalin cap 300mg</i>	2	QL (60 caps por 30 días)	01/01/2020
<i>pregabalin cap 50mg</i>	2	QL (90 caps por 30 días)	01/01/2020
<i>pregabalin cap 75mg</i>	2	QL (90 caps por 30 días)	01/01/2020
<i>pregabalin sol 20mg/ml</i>	2	QL (900 ml por 30 días)	01/01/2020
PROMACTA PAK 25MG	5	PA	01/07/2020
<i>pyrimethamine tab 25mg</i>	5	PA	01/07/2020
QINLOCK TAB 50MG	5	PA	01/08/2020
<i>ramelteon tab 8mg</i>	2	QL (30 tabs por 30 días)	01/01/2020
RETEVMO CAP 40MG	5	PA	01/08/2020
RETEVMO CAP 80MG	5	PA	01/08/2020
ROZLYTREK CAP 100MG	5	PA	01/02/2020
ROZLYTREK CAP 200MG	5	PA	01/02/2020
<i>scopolamine dis 1mg/3day</i>	2		01/01/2020
SECUADO DIS 3.8MG/24HR	5	PA QL (30 parches por 30 días)	01/05/2020
SECUADO DIS 5.7MG/24HR	5	PA QL (30 parches por 30 días)	01/05/2020
SECUADO DIS 7.6MG/24HR	5	PA QL (30 parches por 30 días)	01/05/2020
SIKLOS TAB 1000MG	5	PA	01/01/2020
SIKLOS TAB 100MG	4	PA	01/01/2020
<i>sildenafil sus 10mg/ml</i>	5	PA	01/01/2020
<i>sotalol af tab 160mg</i>	2		01/06/2020

01/09/2020 - Rx, RxCh, RxSelect, MetroPr, MetroPrCh

ID: 20480 Versión: 15

ST= Se aplica terapia escalonada, QL= Se aplica límite de cantidad, PA= Se aplica autorización previa, LA = Acceso limitado, GAP = Para medicamentos con el símbolo “GAP”, KelseyCare Advantage proporciona cobertura adicional para este medicamento recetado durante esta etapa. Por favor consulte nuestra Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta cobertura.

Adiciones

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Fecha de Vigencia
<i>sotalol af tab 80mg</i>	2		01/06/2020
<i>sucrafate sus 1g/10ml</i>	2		01/03/2020
TABRECTA TAB 150MG	5	PA	01/09/2020
TABRECTA TAB 200MG	5	PA QL (120 tabs por 30 días)	01/09/2020
TAZVERIK TAB 200MG	5	PA	01/05/2020
TDVAX INJ 2-2 LF	3		01/07/2020
<i>testosterone cyp inj 200mg/ml</i>	1	GAP PA	01/02/2020
<i>tiadylt cap 120mg/24hr</i>	1	GAP	01/05/2020
<i>tiadylt cap 180mg/24hr</i>	1	GAP	01/05/2020
<i>tiadylt cap 240mg/24hr</i>	1	GAP	01/05/2020
<i>tiadylt cap 300mg/24hr</i>	1	GAP	01/05/2020
<i>tiadylt cap 420mg/24hr</i>	1	GAP	01/05/2020
<i>tiadylt er cap 360mg/24hr</i>	1	GAP	01/02/2020
<i>tovet foam 0.05%</i>	2		01/02/2020
TRAVATAN Z DRO 0.004%	4		01/02/2020
<i>travoprost dro 0.004%</i>	2		01/03/2020
TUKYSA TAB 150MG	5	PA	01/08/2020
TUKYSA TAB 50MG	5	PA	01/08/2020
TURALIO CAP 200MG	5	PA	01/01/2020
VALTOCO LIQ 15MG	5	QL (10 dispositivos por 30 días)	01/05/2020
VALTOCO LIQ 20MG	5	QL (10 dispositivos por 30 días)	01/05/2020
VALTOCO SPR 10MG	5	QL (10 dispositivos por 30 días)	01/05/2020
VALTOCO SPR 5MG	5	QL (10 dispositivos por 30 días)	01/05/2020
<i>vancomycin sol 250mg/5ml</i>	2	GAP PA	01/02/2020
VICTOZA INJ 18MG/3ml	3	ST QL (9 ml por 30 días)	01/02/2020
XCOPRI 250 MG MAINTENANCE PACK	5	PA	01/08/2020
XCOPRI 350 MG MAINTENANCE PACK	5	PA	01/08/2020
XCOPRI PAK 12.5-25MG	4	PA	01/08/2020
XCOPRI PAK 150-200MG	5	PA	01/08/2020
XCOPRI PAK 50-100MG	5	PA	01/08/2020
XCOPRI TAB 100MG	4	PA	01/08/2020
XCOPRI TAB 150MG	4	PA	01/08/2020

ST= Se aplica terapia escalonada, QL= Se aplica límite de cantidad, PA= Se aplica autorización previa, LA = Acceso limitado, GAP = Para medicamentos con el símbolo “GAP”, KelseyCare Advantage proporciona cobertura adicional para este medicamento recetado durante esta etapa. Por favor consulte nuestra Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta cobertura.

Adiciones

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Fecha de Vigencia
XCOPRI TAB 200MG	5	PA	01/08/2020
XCOPRI TAB 50MG	4	PA	01/08/2020
XELJANZ XR TAB 22MG	5	PA	01/04/2020
XPOVIO PAK 100MG	5	PA	01/01/2020
XPOVIO PAK 60MG	5	PA	01/01/2020
XPOVIO PAK 80MG	5	PA	01/01/2020
XPOVIO PAK 80MG	5	PA	01/01/2020
<i>ziprasidone inj 20mg</i>	2	QL (60 ml por 30 días)	01/08/2020
ZYKADIA TAB 150MG	5	PA	01/01/2020

ST= Se aplica terapia escalonada, QL= Se aplica límite de cantidad, PA= Se aplica autorización previa, LA = Acceso limitado, GAP = Para medicamentos con el símbolo “GAP”, KelseyCare Advantage proporciona cobertura adicional para este medicamento recetado durante esta etapa. Por favor consulte nuestra Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta cobertura.

Canceladuras

Medicación Afectada	Descripción del Cambio	Motivo del Cambio	Medicamentos Alternativos	Nivel	Notas	Fecha de Vigencia
AFINITOR TAB 2.5MG	Canceladura	Disponible en genérico. Solo el genérico esta cubierto.	everolimus tab 2.5mg	5	PA	01/03/2020
AFINITOR TAB 5MG	Canceladura	Disponible en genérico. Solo el genérico esta cubierto.	everolimus tab 5mg	5	PA	01/03/2020
AFINITOR TAB 7.5MG	Canceladura	Disponible en genérico. Solo el genérico esta cubierto.	everolimus tab 7.5mg	5	PA	01/03/2020
<i>ala-cort cre 2.5%</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/04/2020
<i>alendronate tab 40mg</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/05/2020
<i>alendronate tab 5mg</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/05/2020
AMINOSYN-PF INJ 10%	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/08/2020
AUGMENTIN SUS 125/5ML	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/04/2020
AVONEX KIT 30MCG	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/01/2020
AZELEX CRE 20%	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/02/2020
BACTROBAN OIN NASAL 2%	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/02/2020
BIVIGAM SOL 10GM/100ML	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/01/2020
BRAFTOVI CAP 50MG	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/01/2020
CARAFATE SUS 1GM/10ML	Canceladura	Disponible en genérico. Solo el genérico esta cubierto.	sucralfate sus 1gm/10ml	2		01/03/2020
<i>chlorothiazide tab 250mg</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/05/2020

ST= Se aplica terapia escalonada, QL= Se aplica límite de cantidad, PA= Se aplica autorización previa, LA = Acceso limitado, GAP = Para medicamentos con el símbolo “GAP”, KelseyCare Advantage proporciona cobertura adicional para este medicamento recetado durante esta etapa. Por favor consulte nuestra Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta cobertura.

Canceladuras

Medicación Afectada	Descripción del Cambio	Motivo del Cambio	Medicamentos Alternativos	Nivel	Notas	Fecha de Vigencia
<i>chlorothiazide tab 500mg</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/05/2020
<i>ciprofloxacin sus 500mg/5ml</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/03/2020
<i>ciprofloxacin tab 1000mg er</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/01/2020
<i>ciprofloxacin tab 500mg er</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/01/2020
<i>colocort ene 100mg</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/04/2020
CORDRAN 80X3 TAP 4MCG/CM	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/02/2020
COUMADIN TAB 10MG	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/08/2020
COUMADIN TAB 1MG	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/08/2020
COUMADIN TAB 2.5MG	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/08/2020
COUMADIN TAB 2MG	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/08/2020
COUMADIN TAB 3MG	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/08/2020
COUMADIN TAB 4MG	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/08/2020
COUMADIN TAB 5MG	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/08/2020
COUMADIN TAB 6MG	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/08/2020
COUMADIN TAB 7.5MG	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/08/2020
<i>d5w/nacl inj 0.33%</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/02/2020
DAKLINZA TAB 30MG	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/01/2020
DAKLINZA TAB 60MG	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/01/2020

ST= Se aplica terapia escalonada, QL= Se aplica límite de cantidad, PA= Se aplica autorización previa, LA = Acceso limitado, GAP = Para medicamentos con el símbolo “GAP”, KelseyCare Advantage proporciona cobertura adicional para este medicamento recetado durante esta etapa. Por favor consulte nuestra Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta cobertura.

Canceladuras

Medicación Afectada	Descripción del Cambio	Motivo del Cambio	Medicamentos Alternativos	Nivel	Notas	Fecha de Vigencia
DARAPRIM TAB 25MG	Canceladura	Disponible en genérico. Solo el genérico esta cubierto.	pyrimethamine tab 25mg	5	PA	01/07/2020
<i>delyla tab 0.1-0.02mg</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/02/2020
DEPEN TITRATABS	Canceladura	Disponible en genérico. Solo el genérico esta cubierto.	penicillamin tab 250mg	5		01/04/2020
<i>didanosine cap 200mg</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/09/2020
<i>e.e.s 400 tab 400mg</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/09/2020
<i>eprosartan mes tab 600mg</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/06/2020
ESBRIET TAB 267MG	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/03/2020
EURAX CRE 10%	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/04/2020
FARYDAK CAP 15MG	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/05/2020
<i>fenofibric tab 105mg</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/04/2020
<i>fenofibric tab 35mg</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/04/2020
FENTORA TABS 100MCG	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/01/2020
FENTORA TABS 200MCG	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/01/2020
FENTORA TABS 400MCG	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/01/2020
FENTORA TABS 600MCG	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/01/2020
FENTORA TABS 800MCG	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/01/2020

ST= Se aplica terapia escalonada, QL= Se aplica límite de cantidad, PA= Se aplica autorización previa, LA = Acceso limitado, GAP = Para medicamentos con el símbolo "GAP", KelseyCare Advantage proporciona cobertura adicional para este medicamento recetado durante esta etapa. Por favor consulte nuestra Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta cobertura.

Canceladuras

Medicación Afectada	Descripción del Cambio	Motivo del Cambio	Medicamentos Alternativos	Nivel	Notas	Fecha de Vigencia
FIRAZYR SOL 30MG/3ML	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/01/2020
FIRVANQ SOL 50MG/ML	Canceladura	Disponible en genérico. Solo el genérico esta cubierto.	vancomycin sol 50 mg/ml	2		01/02/2020
<i>flurbiprofen tab</i> 50mg	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/05/2020
<i>gavilyte-g sol</i> 236g-2.97g-6.74g- 5.86g-22.74g	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/02/2020
GEODON SOLR 20MG	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/08/2020
HAVRIX INJ 720UNIT	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/08/2020
HUMIRA PEDIA INJ CROHNS 40MG/0.8ML 3 COUNT	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/04/2020
HUMIRA PEDIA INJ CROHNS 40MG/0.8ML 6 COUNT	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/04/2020
<i>hydromorphone</i> <i>hcl 2mg/ml</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/05/2020
ISORDIL TITRADOSE TAB 40MG	Canceladura	Disponible en genérico. Solo el genérico esta cubierto.	isosorbide dinitrate tab 40mg	5		01/03/2020
<i>isosorbide</i> <i>dinitrate tab</i> <i>40mg er</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/03/2020
<i>jolivette tab</i> <i>0.35mg</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/01/2020
<i>kcl/d5w/nacl inj</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/02/2020
<i>klor-con spr cap</i> <i>8meq</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/04/2020

ST= Se aplica terapia escalonada, QL= Se aplica límite de cantidad, PA= Se aplica autorización previa, LA = Acceso limitado, GAP = Para medicamentos con el símbolo "GAP", KelseyCare Advantage proporciona cobertura adicional para este medicamento recetado durante esta etapa. Por favor consulte nuestra Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta cobertura.

Canceladuras

Medicación Afectada	Descripción del Cambio	Motivo del Cambio	Medicamentos Alternativos	Nivel	Notas	Fecha de Vigencia
LAZANDA SPR 100MCG	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/07/2020
LAZANDA SPR 300MCG	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/07/2020
LAZANDA SPR 400MCG	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/07/2020
LYRICA CAP 100MG	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/01/2020
LYRICA CAP 150MG	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/01/2020
LYRICA CAP 200MG	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/01/2020
LYRICA CAP 225MG	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/01/2020
LYRICA CAP 25MG	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/01/2020
LYRICA CAP 300MG	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/01/2020
LYRICA CAP 50MG	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/01/2020
LYRICA CAP 75MG	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/01/2020
LYRICA SOL 20MG/ML	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/01/2020
MAXIPIME INJ 2GM	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/03/2020
<i>metadate tab 20mg er</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/07/2020
<i>methyclothiazide tab 5mg</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/02/2020
<i>mimvey lo tab 0.5mg-0.1mg</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/02/2020
<i>mononessa tab 35mcg-0.25mg</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/01/2020
<i>morgidox cap 1x50mg</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/02/2020

Canceladuras

Medicación Afectada	Descripción del Cambio	Motivo del Cambio	Medicamentos Alternativos	Nivel	Notas	Fecha de Vigencia
<i>morphine sul inj 10mg/ml</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/02/2020
<i>morphine sul inj 2mg/ml</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/01/2020
<i>morphine sul inj 4mg/ml</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/01/2020
<i>morphine sul inj 5mg/ml</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/01/2020
<i>nadolol/bendroflu methiazide tab 40-5mg</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/02/2020
NEBUPENT INJ 300MG	Canceladura	Disponible en genérico. Solo el genérico esta cubierto.	pentamidine inh 300mg	2	PA	01/03/2020
NEXIUM PACK 10MG	Canceladura	Disponible en genérico. Solo el genérico esta cubierto.	esomeprazole gra 10mg dr	2	QL	01/06/2020
NEXIUM PACK 20MG	Canceladura	Disponible en genérico. Solo el genérico esta cubierto.	esomeprazole gra 20mg dr	2	QL	01/06/2020
NEXIUM PACK 40MG	Canceladura	Disponible en genérico. Solo el genérico esta cubierto.	esomeprazole gra 40mg dr	2	QL	01/06/2020
<i>noreth/ethin tab fe 1mg/20mcg</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/04/2020
<i>norlyroc tab 0.35mg</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/02/2020
NOXAFIL TAB 100MG	Canceladura	Disponible en genérico. Solo el genérico esta cubierto.	posaconazole tab dr 100 mg	5		01/02/2020
NYMALIZE SOL 60MG/20ML	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/08/2020

Canceladuras

Medicación Afectada	Descripción del Cambio	Motivo del Cambio	Medicamentos Alternativos	Nivel	Notas	Fecha de Vigencia
<i>ogestrel tab 50mcg-0.5mg</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/08/2020
ORFADIN 10MG	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/08/2020
ORFADIN 2MG	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/08/2020
ORFADIN 5MG	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/08/2020
<i>oxycododone/ibuprofen tab 5-400mg</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/09/2020
<i>peg 3350 sol electrolytes</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/04/2020
PENTAM 300 INJ	Canceladura	Disponible en genérico. Solo el genérico esta cubierto.	pentamidine inj 300mg	2		01/03/2020
<i>phenadoz sup 12.5mg</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/08/2020
<i>potassium chl/d5w inj 40meq/l</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/09/2020
<i>premasol sol 6%</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/04/2020
PROGLYCEM 50MG/ML	Canceladura	Disponible en genérico. Solo el genérico esta cubierto.	diazoxide sus 50mg/ml	5		01/07/2020
<i>promethazine sup 50mg</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/02/2020
<i>ranitidine hcl syrup 75mg/5ml</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/06/2020
<i>ranitidine hcl tab 300mg</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/06/2020
<i>ranitidine hydrochloride cap 150mg</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/06/2020

Canceladuras

Medicación Afectada	Descripción del Cambio	Motivo del Cambio	Medicamentos Alternativos	Nivel	Notas	Fecha de Vigencia
<i>ranitidine hydrochloride cap 300mg</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/06/2020
<i>ranitidine hydrochloride tab 150mg</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/06/2020
REBETOL SOL 40MG/ML	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/02/2020
RESCRIPTOR TAB 200MG	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/06/2020
REVATIO SUS 10MG/ML	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/01/2020
RIBAPAK PAK 1200MG/DAY	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/02/2020
RIBAPAK TAB 1000MG/DAY	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/02/2020
<i>ribasphere cap 200mg</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/02/2020
RIBASPHERE TAB 600MG	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/02/2020
RIFATER TAB 50MG-300MG-120MG	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/09/2020
SILENOR TAB 3MG	Canceladura	Disponible en genérico. Solo el genérico esta cubierto.	doxepin tab 3mg	2		01/03/2020
SILENOR TAB 6MG	Canceladura	Disponible en genérico. Solo el genérico esta cubierto.	doxepin tab 6mg	2		01/03/2020
<i>sod lactate inj 5meq/ml</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/04/2020
<i>soloxide tab 150mg dr</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/02/2020
SYLATRON KIT 600MCG	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/04/2020

Canceladuras

Medicación Afectada	Descripción del Cambio	Motivo del Cambio	Medicamentos Alternativos	Nivel	Notas	Fecha de Vigencia
TARCEVA TAB 100MG	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/01/2020
TARCEVA TAB 150MG	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/01/2020
TARCEVA TAB 25MG	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/01/2020
TDVAX	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/07/2020
<i>theophylline tab 100mg cr</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/01/2020
<i>theophylline tab 200mg cr</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/01/2020
<i>tolazamide tab 250mg</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/01/2020
<i>tolazamide tab 500mg</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/01/2020
<i>tolbutamide tab 500mg</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/04/2020
TRANSDERM-S COP 1MG/3DAYS	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/01/2020
TRAVATAN Z 0.004%	Canceladura	Disponible en genérico. Solo el genérico esta cubierto.	travoprost dro 0.004%	2		01/03/2020
ULORIC TAB 40MG	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/01/2020
ULORIC TAB 80MG	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/01/2020
<i>vicodin tab 300-5mg</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/01/2020
<i>vicodin es 300mg-7.5mg</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/02/2020
<i>vicodin hp tab 10-300mg</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/04/2020
VIDEX EC CAP 125MG	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/07/2020

Canceladuras

Medicación Afectada	Descripción del Cambio	Motivo del Cambio	Medicamentos Alternativos	Nivel	Notas	Fecha de Vigencia
VIDEX PEDIATRIC SOL 2GM	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/07/2020
ZORTRESS TAB 0.25MG	Canceladura	Disponible en genérico. Solo el genérico esta cubierto.	everolimus tab 0.25mg	5	PA	01/06/2020
ZORTRESS TAB 0.5MG	Canceladura	Disponible en genérico. Solo el genérico esta cubierto.	everolimus tab 0.5mg	5	PA	01/06/2020
ZORTRESS TAB 0.75MG	Canceladura	Disponible en genérico. Solo el genérico esta cubierto.	everolimus tab 0.75mg	5	PA	01/06/2020
ZYKADIA CAP 150MG	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/02/2020

Nivel de menor costo

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

* Nivel de menor costo

ST= Se aplica terapia escalonada, QL= Se aplica límite de cantidad, PA= Se aplica autorización previa, LA = Acceso limitado, GAP = Para medicamentos con el símbolo “GAP”, KelseyCare Advantage proporciona cobertura adicional para este medicamento recetado durante esta etapa. Por favor consulte nuestra Evidencia de Cobertura para obtener más información sobre esta cobertura.

Cambios de Requisitos

Medicación Afectada	Nivel	Notas	Fecha de Vigencia
<i>ezetimibe/simvastatin tab 10-80mg</i>	2	Eliminación de PA	01/01/2020
BALVERSA TAB 3MG	5	Eliminación de QL	01/01/2020
BALVERSA TAB 4MG	5	Eliminación de QL	01/01/2020
BALVERSA TAB 5MG	5	Eliminación de QL	01/01/2020
<i>simvastatin tab 80mg</i>	1	Eliminación de PA	01/01/2020
NEXIUM GRA 40MG DR	3	Aumento de QL: nueva QL (60 caps por 30 días)	01/02/2020
NEXIUM GRA 20MG DR	3	Aumento de QL: nueva QL (60 caps por 30 días)	01/02/2020
NEXIUM GRA 10MG DR	3	Aumento de QL: nueva QL (60 caps por 30 días)	01/02/2020
NEXIUM GRA 5MG DR	3	Aumento de QL: nueva QL (60 caps por 30 días)	01/02/2020
NEXIUM GRA 2.5MG DR	3	Aumento de QL: nueva QL (60 caps por 30 días)	01/02/2020
<i>rabeprazole tab 20mg</i>	2	Aumento de QL: nueva QL (60 caps por 30 días)	01/02/2020
<i>esomeprazole mag cap 20mg dr</i>	2	Aumento de QL: nueva QL (60 caps por 30 días)	01/02/2020
<i>ziprasidone inj 20mg</i>	2	Eliminación de QL	01/09/2020