



# 2023 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 [redacted]. 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.



Greater Houston Plan



---

1-866-535-8343 (TTY: 711) | [www.KelseyCareAdvantage.com](http://www.KelseyCareAdvantage.com)

---

# El Apéndice del Formulario hasta el 03/01/2023

## Adiciones

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Fecha de Vigencia
AUVELITY TAB 45-105MG	4	QL (60 tabs / 30 días), PA	2/ 1/23
fingolimod hcl CAPS .5mg	5	QL (28 caps / 28 días), NM, PA	2/ 1/23
GLEOSTINE CAPS 100mg	5	NM	2/ 1/23
GLEOSTINE CAPS 10mg, 40mg	4	NM	2/ 1/23
IMBRUVICA SUSP 70mg/ml	5	QL (216 mL / 27 días), NM, LA, PA	2/ 1/23
INVEGA HAFYERA SUSY 1092mg/3.5ml, 1560mg/5ml	5	QL (1 inyección / 180 días)	2/ 1/23
INVEGA TRINZA SUSY 273mg/0.88ml, 410mg/1.32ml, 546mg/1.75ml, 819mg/2.63ml	5	QL (1 jeringa / 90 días)	2/ 1/23
javygtor PACK 100mg	5	NM, LA, PA	2/ 1/23
javygtor POW 500MG	5	NM, LA, PA	2/ 1/23
javygtor TAB 100MG	5	NM, LA, PA	2/ 1/23
MENVEO SOL	6		2/ 1/23
MORPHINE/NACL INJ 1MG/1ML	4	B/D	2/ 1/23
NORETH/ETHIN TAB FE	2		2/ 1/23
ORKAMBI GRA 75-94MG	5	QL (56 paquete / 28 días), NM, LA, PA	2/ 1/23
OZEMPIC 2mg/3ml	3	QL (1 pluma / 28 días)	3/ 1/23
pirfenidone TABS 267mg	5	QL (270 tabs / 30 días), NM, PA	3/ 1/23
pirfenidone TABS 534mg	5	QL (90 tabs / 30 días), NM, PA	2/ 1/23
POT CHL/NACL 20MEQ/L IN NACL 0.45% INJ	4		2/ 1/23
POT CHL/NACL 40MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	4		2/ 1/23
RISPERDAL CONSTA SRER 12.5mg, 25mg	4	QL (2 inyecciones / 28 días)	2/ 1/23
RISPERDAL CONSTA SRER 37.5mg, 50mg	5	QL (2 inyecciones / 28 días)	2/ 1/23
roflumilast TABS 250mcg, 500mcg	2		2/ 1/23
SKYRIZI SOCT 180mg/1.2ml	5	QL (1 cartucho / 56 días), NM, PA	3/ 1/23

## Adiciones

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Fecha de Vigencia
tasimelton CAPS 20mg	5	QL (30 caps / 30 días), NM, PA	3/ 1/23
theophylline ELX 80/15ML	2		2/ 1/23
TRIMETHOPRIM TABS 100mg	3		2/ 1/23
TYRVAYA SOLN .03mg/act	4		2/ 1/23
ZONISADE SUSP 100mg/5ml	4	QL (900 mL / 30 días), PA	2/ 1/23

## Canceladuras

Medicación Afectada	Descripción del Cambio	Motivo del Cambio	Medicamento Alternativo	Nivel de Medicamento Alternativo	Notas de Medicamento Alternativo	Fecha de Vigencia Date
LARISSIA TAB	Eliminación de medicamentos del formulario	Fabricante descontinuado	aviane tab	2		2/ 1/23
PASER PACK 4gm	Eliminación de medicamentos del formulario	Fabricante descontinuado	Consulte a su proveedor de atención médica			3/ 1/23
PRENATAL VIT TAB LOW IRON	Eliminación de medicamentos del formulario	Fabricante descontinuado	PRENATAL TAB 27-1MG	3		3/ 1/23
rosadan CREA .75%	Eliminación de medicamentos del formulario	Fabricante descontinuado	metronidazole (topical) CREA .75%	2		3/ 1/23

## Nivel de menor costo

Medicación Afectada	Nivel*	Notas	Fecha de Vigencia
POTASSIUM CHLORIDE SOLN 10meq/50ml, 20meq/50ml	2	Nivel reducido de 4 a 2	2/ 1/23
TRIMETHOPRIM TAB 100MG	2	Nivel reducido de 3 a 2	2/ 1/23

\* Nivel de menor costo

## Cambios de Requisitos

Medicación Afectada	Nivel	Notas	Fecha de Vigencia
VEMLIDY TABS 25mg	5	PA eliminados	3/ 1/23