



# 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 . 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.

# El Apéndice del Formulario hasta el 12/01/2023

## Adiciones

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Fecha de Vigencia
ABRYSVO SOLR 120mcg/0.5ml	6	GC	10/ 1/23
AREXVY SUSR 120mcg/0.5ml	6	GC	10/ 1/23
AUSTEDO XR TB24 12mg	5	QL (120 tabs / 30 días), NM, PA	8/ 1/23
AUSTEDO XR TB24 24mg	5	QL (60 tabs / 30 días), NM, PA	8/ 1/23
AUSTEDO XR TB24 6mg	5	QL (90 tabs / 30 días), NM, PA	8/ 1/23
AUSTEDO XR TAB TITR KIT	5	QL (2 paquete / año), NM, PA	10/ 1/23
AUVELITY TAB 45-105MG	4	QL (60 tabs / 30 días), PA	2/ 1/23
BREO ELLIPTA INH 50-25MCG	3	QL (60 blisters / 30 días)	12/ 1/23
brimonidine tartrate SOLN .1%	2	GC	11/ 1/23
<i>captopril &amp; hydrochlorothiazide tab 25-15 mg</i>	6	GC	7/ 1/23
<i>captopril &amp; hydrochlorothiazide tab 25-25 mg</i>	6	GC	7/ 1/23
<i>captopril &amp; hydrochlorothiazide tab 50-15 mg</i>	6	GC	7/ 1/23
<i>captopril &amp; hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>	6	GC	7/ 1/23
CEFAZOLIN SOLR 2gm, 3gm	4		6/ 1/23
CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 500mg/ml	5	B/D	10/ 1/23
darunavir TABS 600mg	5	QL (60 tabs / 30 días)	8/ 1/23
darunavir TABS 800mg	5	QL (30 tabs / 30 días)	8/ 1/23
DAYVIGO TABS 5mg, 10mg	3	QL (30 tabs / 30 días)	5/ 1/23
depo-testosterone SOLN 100mg/ml, 200mg/ml	2	GC, PA	6/ 1/23
diltiazem hcl TB24 120mg	2	GC	5/ 1/23
<i>enilloring</i>	2	GC	11/ 1/23
epinephrine (anaphylaxis) SOLN 1mg/ml	2	GC	4/ 1/23
ERLEADA TABS 240mg	5		5/ 1/23
estradiol valerate OIL 10mg/ml	2	GC	5/ 1/23

## Adiciones

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Fecha de Vigencia
etoposide SOLN 1gm/50ml	2	GC, B/D	9/ 1/23
EYSUVIS SUSP .25%	4		5/ 1/23
FIASP PMPCRT INJ U-100	3	B/D, SI	11/ 1/23
fingolimod hel CAPS 0.5mg	5	QL (28 caps / 28 días), NM, PA	2/ 1/23
gabapentin SOLN 300mg/6ml	2	GC, QL (2160 mL / 30 días)	4/ 1/23
gefitinib TABS 250mg	5		7/ 1/23
GLEOSTINE CAPS 100mg	5	NM	2/ 1/23
GLEOSTINE CAPS 10mg, 40mg	4	NM	2/ 1/23
GRALISE TABS 450mg	4	QL (120 tabs / 30 días), PA	7/ 1/23
GRALISE TABS 750mg, 900mg	4	QL (60 tabs / 30 días), PA	7/ 1/23
<i>haloette</i>	2	GC	10/ 1/23
HEP SOD/NAACL INJ 12500UNT	3		6/ 1/23
HEPLISAV-B SOSY 20mcg/0.5ml	6	GC, B/D	4/ 1/23
hydrocortisone (rectal) CREA 1%	2	GC	9/ 1/23
ibu TABS 400mg	1	GC	4/ 1/23
IMBRUVICA SUSP 70mg/ml	5	QL (216 mL / 27 días), NM, LA, PA	2/ 1/23
INBRIJA CAPS 42mg	5	QL (300 caps / 30 días), NM, LA, PA	9/ 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
JAYPIRCA TABS 100mg	5	QL (60 tabs / 30 días), NM, LA, PA	5/ 1/23
JAYPIRCA TABS 50mg	5	QL (30 tabs / 30 días), NM, LA, PA	5/ 1/23
JENTADUETO TAB 2.5-850	3	QL (60 tabs / 30 días)	10/ 1/23
KALYDECO PACK 13.4mg	5	QL (56 paquete / 28 días), NM, LA, PA	8/ 1/23

## Adiciones

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Fecha de Vigencia
KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%	4		8/ 1/23
KRAZATI TABS 200mg	5	NM, LA, PA	4/ 1/23
lactulose (encephalopathy) SOLN 10gm/15ml	2	GC	8/ 1/23
LEVEMIR FLEXPEN SOPN 100unit/ml	3	SI	5/ 1/23
levo-t TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	1	GC	10/ 1/23
lisdexamfetamine dimesylate CAPS 10mg, 20mg, 30mg	2	GC, QL (60 caps / 30 días), PA	11/ 1/23
lisdexamfetamine dimesylate CAPS 40mg, 50mg, 60mg, 70mg	2	GC, QL (30 caps / 30 días), PA	11/ 1/23
lisdexamfetamine dimesylate CHEW 10mg, 20mg, 30mg	2	GC, QL (60 caps / 30 días), PA	11/ 1/23
lisdexamfetamine dimesylate CHEW 40mg, 50mg, 60mg	2	GC, QL (30 caps / 30 días), PA	11/ 1/23
LITHIUM SOLN 8meq/5ml	4		12/ 1/23
LUMAKRAS TABS 320mg	5	NM, LA, PA	5/ 1/23
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH KIT) 45mg	5	NM, PA	7/ 1/23
lurasidone hcl TABS 20mg, 40mg, 60mg, 120mg	2	GC, QL (30 tabs / 30 días)	5/ 1/23
lurasidone hcl TABS 80mg	2	GC, QL (60 tabs / 30 días)	5/ 1/23
LYTGOBI TBPK 4mg	5	NM, LA, PA	4/ 1/23
MEKINIST SOLR .05mg/m	5	NM, LA, PA	8/ 1/23
MENVEO SOL	6	GC	2/ 1/23
methsuximide CAPS 300mg	2	GC	7/ 1/23
MORPHINE/NACL INJ 1MG/1ML	4	B/D	2/ 1/23
<i>multiple electrolytes ph 5.5</i>	2	GC	9/ 1/23
<i>multiple electrolytes ph 7.4</i>	2	GC	9/ 1/23
<i>neo-polycin 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>	2	GC	5/ 1/23

## Adiciones

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Fecha de Vigencia
<i>neo-polycin hc ophth oint 1%</i>	2	GC	5/ 1/23
nitisinone CAPS 20mg	5	NM, PA	9/ 1/23
NORETH/ETHIN TAB FE	2	GC	2/ 1/23
OMNIPOD GO KIT 10UNT/DY	4	QL (15 pods / 30 días), PA	7/ 1/23
OMNIPOD GO KIT 15UNT/DY	4	QL (15 pods / 30 días), PA	7/ 1/23
OMNIPOD GO KIT 20UNT/DY	4	QL (15 pods / 30 días), PA	7/ 1/23
OMNIPOD GO KIT 25UNT/DY	4	QL (15 pods / 30 días), PA	7/ 1/23
OMNIPOD GO KIT 30UNT/DY	4	QL (15 pods / 30 días), PA	7/ 1/23
OMNIPOD GO KIT 35UNT/DY	4	QL (15 pods / 30 días), PA	7/ 1/23
OMNIPOD GO KIT 40UNT/DY	4	QL (15 pods / 30 días), PA	7/ 1/23
ORKAMBI GRA 75-94MG	5	QL (56 paquete / 28 días), NM, LA, PA	2/ 1/23
ORSERDU TABS 86mg, 345mg	5	NM, LA, PA	5/ 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
<i>polycin ophth oint</i>	1	GC	5/ 1/23
posaconazole SUSP 40mg/ml	5	QL (630 mL / 30 días), PA	6/ 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
potassium chloride SOLN 20meq/50ml	2	GC	10/ 1/23
primidone TABS 125mg	1	GC	7/ 1/23
REZLIDHIA CAPS 150mg	5	NM, LA, PA	4/ 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
ROCKLATAN DRO	4		5/ 1/23

## Adiciones

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Fecha de Vigencia
roflumilast TABS 250mcg, 500mcg	2	GC	2/ 1/23
ROTARIX SUS	6	GC	4/ 1/23
SKYRIZI SOCT 180mg/1.2ml	5	QL (1 cartucho / 56 días), NM, PA	3/ 1/23
SODIUM OXYBATE SOLN 500mg/ml	5	QL (540 mL / 30 días), NM, LA, PA	4/ 1/23
STELARA SOLN 130mg/26ml	5	NM, LA, PA	8/ 1/23
STELARA SOLN 45mg/0.5ml	5	QL (1 vial / 28 días), NM, LA, PA	8/ 1/23
STELARA SOSY 45mg/0.5ml, 90mg/ml	5	QL (1 jeringa / 28 días), NM, PA	8/ 1/23
SUNLENCA TBPk 300mg	5	LA	4/ 1/23
TAFINLAR CAPS TBSO 10mg	5	NM, LA, PA	8/ 1/23
TALZENNA CAPS .1mg, .35mg	5	QL (30 caps / 30 días), NM, LA, PA	9/ 1/23
tasimelteon CAPS 20mg	5	QL (30 caps / 30 días), NM, PA	3/ 1/23
theophylline ELX 80/15ML	2	GC	2/ 1/23
theophylline TB12 100mg, 200mg	2	GC	11/ 1/23
TRIKAFTA PAK 59.5MG	5	QL (56 paquete / 28 días), NM, LA, PA	8/ 1/23
TRIKAFTA PAK 75MG	5	QL (56 paquete / 28 días), NM, LA, PA	8/ 1/23
TRIMETHOPRIM TABS 100mg	3		2/ 1/23
TURALIO CAPS 125mg	5	NM, LA, PA	4/ 1/23
TYRVAYA SOLN .03mg/act	4		2/ 1/23
VANFLYTA TABS 17.7mg, 26.5mg	5	NM, LA, PA	11/ 1/23
vigadrone TABS 500mg	5	QL (180 tabs / 30 días), NM, LA, PA	10/ 1/23
ZEJULA TABS 100mg, 200mg, 300mg	5	QL (30 tabs / 30 días), NM, LA, PA	9/ 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
avita CREA .025%	Eliminación de medicamentos del formulario	Fabricante descontinuado	TRETINOIN CREAM 0.025%	2	GC, QL (45 gm / 30 days), PA	11/ 1/23
avita GEL 0.025%	Eliminación de medicamentos del formulario	Fabricante descontinuado	tretinoin gel 0.025%	2	GC, QL (45 gm / 30 days/(días)), PA	7/ 1/23
calcitriol INJ 1MCG/ML	Eliminación de medicamentos del formulario	Fabricante descontinuado	calcitriol (oral) SOLN 1mcg/ml	2	GC, B/D	7/ 1/23
cefaclor SUSR 125mg/5ml	Eliminación de medicamentos del formulario	Fabricante descontinuado	cefaclor SUSR 250MG/5ML	2	GC	12/ 1/23
cefaclor SUSR 375mg/5ml	Eliminación de medicamentos del formulario	Fabricante descontinuado	cefaclor SUSR 250MG/5ML	2	GC	12/ 1/23
CEFTAZIDIME/ SOL D5W 1GM	Eliminación de medicamentos del formulario	Fabricante descontinuado	ceftazidime SOLR 1gm, 2gm, 6gm	2	GC	12/ 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
CEFTAZIDIME/ SOL D5W 2GM	Eliminación de medicamentos del formulario	Fabricante descontinuado	ceftazidime SOLR 1gm, 2gm, 6gm	2	GC	12/ 1/23
DALIRESP TABS 250mcg	Eliminación de medicamentos del formulario	Genérico disponible	roflumilast TABS 250mcg	2	GC	5/ 1/23
DALIRESP TABS 500mcg	Eliminación de medicamentos del formulario	Genérico disponible	roflumilast TABS 500mcg	2	GC	5/ 1/23
ELLA TAB 30MG	Eliminación de medicamentos del formulario	Medicare ya no cubrirá	Consulte a su proveedor de atención médica			4/ 1/23
ESBRIET CAP 267MG	Eliminación de medicamentos del formulario	Genérico disponible	pirfenidone CAPS 267mg	5	QL (270 tabs / 30 days(/días)), NM, PA	5/ 1/23
FREAMINE III INJ 10%	Eliminación de medicamentos del formulario	Fabricante descontinuado	TROPHAMINE INJ 10%, TRAVASOL INJ 10%	4	B/D	10/ 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
GILENYA CAP 0.5MG	Eliminación de medicamentos del formulario	Genérico disponible	fingolimod hcl CAPS .5mg	5	QL (28 caps / 28 days(/días)), NM, PA	5/ 1/23
HETLIOZ CAP 20MG	Eliminación de medicamentos del formulario	Genérico disponible	tasimelteon CAPS 20mg	5	QL (30 caps / 30 days(/días)), NM, PA	5/ 1/23
ISOPTO ATROPINE SOLN 1%	Eliminación de medicamentos del formulario	Fabricante descontinuado	ATROPINE SULFATE SOLN 1%	3		11/ 1/23
KYNMOBI FILM 10mg, 15mg, 20mg, 25mg, 30mg	Eliminación de medicamentos del formulario	Fabricante descontinuado	Consulte a su proveedor de atención médica			8/ 1/23
LARISSIA TAB	Eliminación de medicamentos del formulario	Fabricante descontinuado	aviane tab	2	GC	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
levo-t TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	Eliminación de medicamentos del formulario	Medicare ya no cubrirá	levothyroxine sodium TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	1	GC	8/ 1/23
lidocaine hcl GEL 2%	Eliminación de medicamentos del formulario	Fabricante descontinuado	glydo PRSY 2%	2	GC, QL (60 mL / 30 days(/días)), PA	7/ 1/23
<i>lillow</i>	Eliminación de medicamentos del formulario	Fabricante descontinuado	levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg	2	GC	12/ 1/23
myorisan CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	Eliminación de medicamentos del formulario	Fabricante descontinuado	claravis CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	2	GC, PA	7/ 1/23
nevirapine TB24 100mg	Eliminación de medicamentos del formulario	Fabricante descontinuado	nevirapine TB24 400mg	2	GC	11/ 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
NORVIR SOL 80MG/ML	Eliminación de medicamentos del formulario	Fabricante descontinuado	NORVIR PACKET 100MG	4		4/ 1/23
oxandrolone TABS 10mg	Eliminación de medicamentos del formulario	Retirado del mercado	Consulte a su proveedor de atención médica			11/ 1/23
oxandrolone TABS 2.5mg	Eliminación de medicamentos del formulario	Retirado del mercado	Consulte a su proveedor de atención médica			11/ 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
procto-pak CREA 1%	Eliminación de medicamentos del formulario	Fabricante descontinuado	hydrocortisone (rectal) CREA 1%	2	GC	9/ 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
rosadan CREA .75%	Eliminación de medicamentos del formulario	Fabricante descontinuado	metronidazole (topical) CREA .75%	2	GC	3/ 1/23
stavudine CAPS 15mg, 20mg, 30mg, 40mg	Eliminación de medicamentos del formulario	Fabricante descontinuado	ABACAVIR TAB, EMTRICITABINE CAP, LAMIVUDINE TAB, ZIDOVUDINE TAB	2	GC	10/ 1/23
SYNERCID INJ 500MG	Eliminación de medicamentos del formulario	Fabricante descontinuado	Consulte a su proveedor de atención médica			9/ 1/23
toposar SOLN 100mg/5ml	Eliminación de medicamentos del formulario	Fabricante descontinuado	etoposide SOLN 100mg/5ml	2	GC, B/D	9/ 1/23
toposar SOLN 1gm/50ml	Eliminación de medicamentos del formulario	Fabricante descontinuado	etoposide SOLN 1gm/50ml	2	GC, B/D	9/ 1/23
TRICARE TAB PRENATAL	Eliminación de medicamentos del formulario	Fabricante descontinuado	PRENATAL TAB 27-1MG; M-NATAL PLUS TAB	3		12/ 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
KCL/D5W/NAACL INJ 0.3/0.9%	2	Nivel reducido de 4 a 2	8/ 1/23
chlorpromazine hcl CONC 100mg/ml	2	Nivel reducido de 4 a 2	8/ 1/23
chlorpromazine hcl CONC 30mg/ml	2	Nivel reducido de 4 a 2	8/ 1/23
PHENYTEK CAP 200MG	2	Nivel reducido de 4 a 2	12/ 1/23
PHENYTEK CAP 300MG	2	Nivel reducido de 4 a 2	12/ 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
sildenafil citrate (pulmonary hypertension) TABS 20mg	2	QL aumentado 360 tabs/ 30 días	6/ 1/23
SYMBICORT AER 160-4.5	3	QL aumentado 3 inhalador/ 30 días	7/ 1/23
SYMBICORT AER 80-4.5	3	QL aumentado 3 inhalador/ 30 días	7/ 1/23
RINVOQ TB24 45mg	5	QL aumentado 168 tabs/ 30 año	9/ 1/23
TRULICITY SOPN .75mg/0.5ml, 1.5mg/0.5ml, 3mg/0.5ml, 4.5mg/0.5ml	3	PA (Nuevo inicio solamente) agregada	10/ 1/23
OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE) SOPN 2mg/1.5ml, 2mg/3ml	3	PA (Nuevo inicio solamente) agregada	10/ 1/23
OZEMPIC (1MG/DOSE) SOPN 4mg/3ml	3	PA (Nuevo inicio solamente) agregada	10/ 1/23
OZEMPIC (2MG/DOSE) SOPN 8MG/3ML	3	PA (Nuevo inicio solamente) agregada	10/ 1/23
BYDUREON BCISE AUIJ 2mg/0.85ml	3	PA (Nuevo inicio solamente) agregada	10/ 1/23
BYETTA SOPN 5mcg/0.02ml, 10mcg/0.04ml	4	PA (Nuevo inicio solamente) agregada	10/ 1/23
RYBELSUS TABS 3mg, 7mg, 14mg	3	PA (Nuevo inicio solamente) agregada	10/ 1/23
VICTOZA SOPN 18mg/3ml	3	PA (Nuevo inicio solamente) agregada	10/ 1/23
CAPLYTA CAPS 10.5mg, 21mg, 42mg	5	PA eliminados	10/ 1/23