

El Apéndice del Formulario hasta el 01/09/2019

Adiciones

Nombre del Medicamento	Nivel	Notas	Fecha de Vigencia
<i>abiraterone tab 250mg</i>	5	PA	01/02/2019
ACTEMRA INJ ACTPEN 162MG/0.9ML	5	PA QL (3.6 ML por 28 días)	01/03/2019
<i>acyclovir cre 5%</i>	5		01/05/2019
<i>albendazole tab 200mg</i>	5		01/04/2019
<i>albuterol aer hfa 108mcg/act</i>	2	QL (17 GM por 30 días)	01/07/2019
<i>alyq tab 20mg</i>	5	PA QL (60 EA por 30 días)	01/04/2019
<i>ambrisentan tab 10mg</i>	5	PA QL (30 EA por 30 días)	01/07/2019
<i>ambrisentan tab 5mg</i>	5	PA QL (30 EA por 30 días)	01/07/2019
ANORO ELLIPT AER 62.5-25MCG	3		01/02/2019
ARISTADA INJ INITIO 675MG/2.4ML	5		01/04/2019
<i>azelaic acid gel 15%</i>	2		01/02/2019
BALVERSA TAB 3MG	5	PA QL (90 EA por 30 días)	01/07/2019
BALVERSA TAB 4MG	5	PA QL (60 EA por 30 días)	01/07/2019
BALVERSA TAB 5MG	5	PA QL (30 EA por 30 días)	01/07/2019
BRAFTOVI CAP 50MG	5	PA	01/02/2019
BRAFTOVI CAP 75MG	5	PA	01/02/2019
<i>bromfenac sol 0.09% op</i>	2		01/07/2019
<i>buprenorphine/naloxone film 12mg-3mg</i>	2	QL (60 EA por 30 días)	01/05/2019
<i>buprenorphine/naloxone film 2mg-0.5mg</i>	2	QL (360 EA por 30 días)	01/05/2019
<i>buprenorphine/naloxone film 4mg-1mg</i>	2	QL (180 EA por 30 días)	01/05/2019
<i>buprenorphine/naloxone film 8mg-2mg</i>	2	QL (90 EA por 30 días)	01/05/2019
<i>bupropion tab 450mg er</i>	2	QL (30 EA por 30 días)	01/02/2019
BYETTA INJ 10MCG	4	ST QL (2.4 ML por 28 días)	01/02/2019
BYETTA INJ 5MCG	4	ST QL (4.8 ML por 28 días)	01/02/2019
CIMDUO TAB 300MG-300MG	5	QL (30 EA por 30 días)	01/01/2019
<i>cinacalcet tab 30mg</i>	5		01/08/2019
<i>cinacalcet tab 60mg</i>	5		01/08/2019
<i>cinacalcet tab 90mg</i>	5		01/08/2019
<i>clindamycin/benzoyl gel 1.2-2.5%</i>	2		01/02/2019
<i>clobazam sus 2.5mg/ml</i>	2		01/02/2019
<i>clobazam tab 10mg</i>	2		01/02/2019
<i>clobazam tab 20mg</i>	2		01/02/2019

01/09/2019 - Rx, RxCh, MetroPr, MetroPrCh

ID: 19400 Versión: 21

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>clobetasol aer 0.05%</i>	2		01/04/2019
<i>colesevelam pak 3.75gm</i>	2		01/02/2019
COPIKTRA CAP 15MG	5	PA	01/02/2019
COPIKTRA CAP 25MG	5	PA	01/02/2019
<i>cyred eq tab 0.15mg-30mcg</i>	1	GAP	01/02/2019
<i>dalfampridin tab 10mg er</i>	5	PA QL (60 EA por 30 días)	01/02/2019
DAURISMO TAB 100MG	5	PA	01/03/2019
DAURISMO TAB 25MG	5	PA	01/03/2019
<i>deferasirox tab 125mg</i>	5	PA	01/07/2019
<i>deferasirox tab 250mg</i>	5	PA	01/07/2019
<i>deferasirox tab 500mg</i>	5	PA	01/07/2019
DELSTRIGO TAB	5	QL (30 EA por 30 días)	01/02/2019
<i>desoximetasone spr 0.25%</i>	2		01/02/2019
<i>diclofenac patch 1.3%</i>	2	PA QL (60 EA por 30 días)	01/06/2019
<i>dorzolamide/timolol sol 22.3-6.8mg/ml</i>	1	GAP	01/02/2019
<i>dotti dis 0.025mg</i>	2		01/09/2019
<i>dotti dis 0.0375mg</i>	2		01/09/2019
<i>dotti dis 0.05mg</i>	2		01/09/2019
<i>dotti dis 0.075mg</i>	2		01/09/2019
<i>dotti dis 0.1mg</i>	2		01/09/2019
DOVATO TAB 50-300MG	5	QL (30 EA por 30 días)	01/06/2019
EPIDIOLEX SOL 100MG/ML	5	PA	01/02/2019
<i>erlotinib tab 100mg</i>	5	PA QL (30 EA per 30 days)	01/08/2019
<i>erlotinib tab 150mg</i>	5	PA QL (30 EA per 30 days)	01/08/2019
<i>erlotinib tab 25mg</i>	5	PA QL (90 EA per 30 days)	01/08/2019
<i>ertapenem inj 1gm</i>	2		01/02/2019
<i>fentanyl cit tab 100mcg</i>	5	PA	01/09/2019
<i>fentanyl cit tab 200mcg</i>	5	PA	01/09/2019
<i>fentanyl cit tab 400mcg</i>	5	PA	01/09/2019
<i>fentanyl cit tab 600mcg</i>	5	PA	01/09/2019
<i>fentanyl cit tab 800mcg</i>	5	PA	01/09/2019
FIRVANQ SOL 25MG/ML	3		01/03/2019
FIRVANQ SOL 50MG/ML	3		01/03/2019
<i>flac oil 0.01%</i>	2		01/02/2019

01/09/2019 - Rx, RxCh, MetroPr, MetroPrCh

ID: 19400 Versión: 21

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
FLECTOR DIS 1.3%	4	PA QL (60 EA por 30 días)	01/02/2019
<i>fluticasone/salmeterol aer 100/50mcg</i>	2	QL (60 EA por 30 días)	01/06/2019
<i>fluticasone/salmeterol aer 250/50mcg</i>	2	QL (60 EA por 30 días)	01/06/2019
<i>fluticasone/salmeterol aer 500/50mcg</i>	2	QL (60 EA por 30 días)	01/06/2019
GRANIX INJ 300MCG/1ML	5	ST	01/02/2019
GRANIX INJ 480MCG/1.6ML	5	ST	01/02/2019
<i>hailey 24 tab fe 20mcg-75mg-1mg</i>	2		01/03/2019
HUMIRA PEN KIT CD/UC/HS	5	PA	01/01/2019
HUMIRA PEN KIT PS/UV	5	PA	01/01/2019
IMIQUIMOD CRE 3.75% PMP	5		01/02/2019
<i>incassia tab 0.35mg</i>	1	GAP	01/01/2019
<i>itraconazole sol 10mg/ml</i>	5	PA	01/02/2019
<i>jasmiel tab 3mg-0.02mg</i>	2		01/05/2019
<i>ketoprofen cap 25mg</i>	1	GAP	01/02/2019
<i>lactulose pak 10gm</i>	2		01/02/2019
<i>ledipasvir/sofosbuvir tab 90-400mg</i>	5	PA QL (168 EA por 365 días)	01/02/2019
LENVIMA CAP 12MG	5	PA	01/02/2019
LENVIMA CAP 4MG	5	PA	01/02/2019
<i>lopreeza tab 1-0.5mg</i>	2		01/07/2019
LORBRENA TAB 100MG	5	PA	01/02/2019
LORBRENA TAB 25MG	5	PA	01/02/2019
LOTEMAX GEL 0.5%	3	QL (20 GM por 365 días)	01/02/2019
<i>loteprednol sus 0.5%</i>	2		01/08/2019
<i>mafenide ace pak 5%</i>	2		01/02/2019
MEKTOVI TAB 15MG	5	PA	01/02/2019
<i>mesalamine sup 1000mg</i>	5		01/03/2019
<i>molindone tab hcl 10mg</i>	2		01/02/2019
<i>molindone tab hcl 25mg</i>	2		01/02/2019
<i>molindone tab hcl 5mg</i>	2		01/02/2019
<i>mondoxyne nl cap 100mg</i>	1	GAP	01/02/2019
<i>mondoxyne nl cap 75mg</i>	1	GAP	01/02/2019
<i>morphine sul cap 40mg er</i>	2		01/02/2019
<i>nafcillin inj 2gm</i>	2		01/02/2019
<i>narcan spr 4mg/0.1ml</i>	2		01/02/2019

01/09/2019 - Rx, RxCh, MetroPr, MetroPrCh

ID: 19400 Versión: 21

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>nevirapine sus 50mg/5ml</i>	2		01/04/2019
NUPLAZID CAP 34MG	5	PA QL (30 EA por 30 días)	01/02/2019
NUPLAZID TAB 10MG	5	PA QL (30 EA por 30 días)	01/02/2019
NUVARING	3		01/02/2019
ORKAMBI GRA 100-125MG	5	PA QL (56 EA por 28 días)	01/02/2019
ORKAMBI GRA 150-188MG	5	PA QL (56 EA por 28 días)	01/02/2019
PERSERIS INJ 120MG	5	PA	01/04/2019
PERSERIS INJ 90MG	5	PA	01/04/2019
PIFELTRO TAB 100MG	5		01/02/2019
<i>pimecrolimus cre 1%</i>	2		01/04/2019
PIQRAY 200MG TAB DOSE	5	PA	01/09/2019
PIQRAY 250MG TAB DOSE	5	PA	01/09/2019
PIQRAY 300MG TAB DOSE	5	PA	01/09/2019
<i>praziquantel tab 600mg</i>	2		01/05/2019
PROGRAF PACK 0.2MG	5	PA	01/06/2019
PROGRAF PACK 1MG	5	PA	01/06/2019
PROMACTA POW 12.5MG	5	PA	01/04/2019
<i>pyridostigmine sol 60mg/5ml</i>	5		01/06/2019
<i>ranolazine tab 1000mg er</i>	2		01/06/2019
<i>ranolazine tab 500mg er</i>	2		01/06/2019
<i>relexxii tab 72mg</i>	2	PA QL (30 EA por 30 días)	01/02/2019
RHOPRESSA SOL 0.02%	4	ST QL (2.5 ML por 25 días)	01/02/2019
<i>sevelamer tab 800mg</i>	2		01/05/2019
<i>sevelamer tab 400mg</i>	2		01/07/2019
<i>sildenafil sus 10mg/ml</i>	5	PA	01/09/2019
<i>sirolimus sol 1mg/ml</i>	5	PA	01/05/2019
<i>sofosbuvir/velpatasvir tab 400-100mg</i>	5	PA QL (84 EA por 365 días)	01/02/2019
<i>solifenacin tab 10mg</i>	2		01/07/2019
<i>solifenacin tab 5mg</i>	2		01/07/2019
<i>sotalol af tab 120mg</i>	2		01/02/2019
<i>sumatriptan inj 6mg/0.5ml</i>	2	QL (5 ML por 30 días)	01/03/2019
SYMPAZAN FILM 10MG	5		01/04/2019
SYMPAZAN FILM 20MG	5		01/04/2019
SYMPAZAN FILM 5MG	4		01/04/2019

01/09/2019 - Rx, RxCh, MetroPr, MetroPrCh

ID: 19400 Versión: 21

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
SYMTUZA TAB 150MG-800MG-200MG-10MG	5	QL (30 EA por 30 días)	01/02/2019
<i>tadalafil tab 20mg</i>	5	PA QL (60 EA por 30 días)	01/07/2019
TALZENNA CAP 0.25MG	5	PA	01/02/2019
TALZENNA CAP 1MG	5	PA	01/02/2019
<i>tarina 24 fe tab</i>	2		01/06/2019
<i>testosterone gel 1.62%</i>	2	PA	01/02/2019
<i>testosterone gel 40.5mg-2.5gm</i>	2	PA	01/02/2019
TIBSOVO TAB 250MG	5	PA QL (60 EA por 30 días)	01/02/2019
<i>timolol male sol 0.5%</i>	1	GAP	01/02/2019
<i>toremifene tab 60mg</i>	5		01/05/2019
<i>tri-estaryll tab</i>	1	GAP	01/03/2019
<i>vancomycin inj 750mg</i>	2		01/02/2019
<i>vancomycin inj 250mg</i>	2		01/02/2019
VERSACLOZ SUS 50MG/ML	5	QL (540 ML por 30 días)	01/06/2019
<i>vigabatrin tab 500mg</i>	5	PA	01/05/2019
<i>vigadrone pow 500mg</i>	5	PA	01/05/2019
VITRAKVI CAP 100MG	5	PA	01/03/2019
VITRAKVI CAP 25MG	5	PA	01/03/2019
VITRAKVI SOL 20MG/ML	5	PA	01/03/2019
VIZIMPRO TAB 15MG	5	PA	01/02/2019
VIZIMPRO TAB 30MG	5	PA	01/02/2019
VIZIMPRO TAB 45MG	5	PA	01/02/2019
<i>wixela inhub aer 100mcg/50mcg</i>	2	QL (60 EA por 30 días)	01/05/2019
<i>wixela inhub aer 250mcg/50mcg</i>	2	QL (60 EA por 30 días)	01/05/2019
<i>wixela inhub aer 500mcg/50mcg</i>	2	QL (60 EA por 30 días)	01/05/2019
XARELTO TAB 2.5MG	3	QL (60 EA por 30 días)	01/02/2019
XELJANZ TAB 10MG	5	PA	01/01/2019
XOSPATA TAB 40MG	5	PA	01/03/2019
ZENPEP CAP 614000UNIT-3000UNIT-10000UNIT	3		01/01/2019
ZENPEP CAP 63000UNIT-15000UNIT-47000UNIT	3		01/01/2019
ZORTRESS TAB 1MG	5	PA	01/02/2019

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
ZYKADIA TAB 150MG	5	PA	01/08/2019

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
ADCIRCA TAB 20MG	Canceladura	Disponible en genérico. Solo el genérico esta cubierto.	tadalafil 20 mg	5		01/07/2019
ADVAIR DISKU AER 100/50MCG	Canceladura	Disponible en genérico. Solo el genérico esta cubierto.	fluticasone propionate 0.1 mg/actuat / salmeterol 0.05 mg/actuat	2		01/07/2019
ADVAIR DISKU AER 250/50MCG	Canceladura	Disponible en genérico. Solo el genérico esta cubierto.	fluticasone propionate 0.25 mg/actuat / salmeterol 0.05 mg/actuat	2		01/07/2019
ADVAIR DISKU AER 500/50MCG	Canceladura	Disponible en genérico. Solo el genérico esta cubierto.	fluticasone propionate 0.5 mg/actuat / salmeterol 0.05 mg/actuat	2		01/07/2019
<i>afeditab tab 30mg cr</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/03/2019
<i>afeditab tab 60mg cr</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/02/2019
ALBENZA TAB 200MG	Canceladura	Disponible en genérico. Solo el genérico esta cubierto.	albendazole 200 mg	5		01/07/2019
AMINOSYN 7% INJ /LYTES	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/07/2019
<i>aminosyn ii inj 8.5%/lyte</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/07/2019
<i>aminosyn inj 8.5%/lyte</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/07/2019
AMINOSYN-HB C INJ 7%	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/07/2019
AMINOSYN-RF INJ 5.2%	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/07/2019
ANDROGEL GEL 1.62%	Canceladura	Disponible en genérico. Solo el genérico esta cubierto.	testosterone 20.25 mg/actuat	2		01/04/2019

Canceladuras

Medicación Afectada	Descripción del Cambio	Motivo del Cambio	Medicamentos Alternativos	Nivel	Notas	Fecha de Vigencia
ANDROGEL GEL 1.62%	Canceladura	Disponible en genérico. Solo el genérico esta cubierto.	testosterone 0.0162 mg/mg	2		01/04/2019
<i>blisovi fe tab 1/20 20mcg-1mg</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/07/2019
BRAFTOVI CAP 50MG	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/09/2019
CANASA SUP 1000MG	Canceladura	Disponible en genérico. Solo el genérico esta cubierto.	mesalamine 1000 mg	5		01/07/2019
CARIMUNE NANOFILTERED INJ 6GM	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/06/2019
<i>cefotaxine inj 2gm</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/02/2019
<i>ciprofloxacin sus 250mg/5ml</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/06/2019
<i>ciprofloxacin tab 1000mg</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/08/2019
<i>ciprofloxacin tab 500mg er</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/08/2019
CLINIMIX INJ 2.75%/D5W	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/02/2019
<i>codeine sulf tab 15mg</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/05/2019
DAKLINZA TAB 90MG	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/06/2019
ELIDEL CRE 1%	Canceladura	Disponible en genérico. Solo el genérico esta cubierto.	pimecrolimus 10 mg/ml	2		01/07/2019
EPCLUSA TAB 400-100MG	Canceladura	Disponible en genérico. Solo el genérico esta cubierto.	sofosbuvir 400 mg / velpatasvir 100 mg	5		01/04/2019

Canceladuras

Medicación Afectada	Descripción del Cambio	Motivo del Cambio	Medicamentos Alternativos	Nivel	Notas	Fecha de Vigencia
EXJADE 125MG	Canceladura	Disponible en genérico. Solo el genérico esta cubierto.	deferasirox 125 mg	5		01/09/2019
EXJADE 250MG	Canceladura	Disponible en genérico. Solo el genérico esta cubierto.	deferasirox 250 mg	5		01/09/2019
EXJADE 500MG	Canceladura	Disponible en genérico. Solo el genérico esta cubierto.	deferasirox 500 mg	5		01/09/2019
FARESTON TAB 60MG	Canceladura	Disponible en genérico. Solo el genérico esta cubierto.	toremifene 60 mg	5		01/07/2019
FINACEA GEL 15%	Canceladura	Disponible en genérico. Solo el genérico esta cubierto.	azelaic acid 0.15 mg/mg	2		01/04/2019
FORFIVO XL TAB 450MG	Canceladura	Disponible en genérico. Solo el genérico esta cubierto.	bupropion hydrochloride 450 mg	2		01/04/2019
HARVONI TAB 90-400MG	Canceladura	Disponible en genérico. Solo el genérico esta cubierto.	ledipasvir 90 mg / sofosbuvir 400 mg	5		01/04/2019
HEXALEN CAP 50MG	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/02/2019
<i>hydrocodone/apap tab 2.5-325mg</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/06/2019
INVANZ INJ 1GM	Canceladura	Disponible en genérico. Solo el genérico esta cubierto.	ertapenem 1000 mg	4		01/04/2019
INVIRASE CAP 200MG	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/03/2019

Canceladuras

Medicación Afectada	Descripción del Cambio	Motivo del Cambio	Medicamentos Alternativos	Nivel	Notas	Fecha de Vigencia
<i>ketoprofen cap 75mg</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/01/2019
<i>kimidess 28 day tab 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/02/2019
<i>klor-con sprinkle cap 10meq</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/06/2019
LETAIRIS 10MG	Canceladura	Disponible en genérico. Solo el genérico esta cubierto.	ambrisentan 10 mg	5		01/09/2019
LETAIRIS 5MG	Canceladura	Disponible en genérico. Solo el genérico esta cubierto.	ambrisentan 5 mg	5		01/09/2019
LYNPARZA CAP 50MG	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/03/2019
<i>methclothiazide tab 5mg</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/08/2019
<i>metipranolol sol 0.3% oph</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/03/2019
MODERIBA PAK 1200/DAY	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/04/2019
MODERIBA PAK 800/DAY 400MG	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/03/2019
<i>moderiba tab 200mg</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/04/2019
<i>moexipril/hctz tab 15-12.5mg</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/06/2019
<i>moexipril/hctz tab 15-25mg</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/06/2019
<i>moexipril/hctz tab 7.5-12.5mg</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/06/2019
<i>nadolol/bendroflu methiazide tab 80-5mg</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/06/2019

Canceladuras

Medicación Afectada	Descripción del Cambio	Motivo del Cambio	Medicamentos Alternativos	Nivel	Notas	Fecha de Vigencia
<i>necon 7/7/7 tab</i> <i>0.5-35/0.75-35/1-3</i> <i>5 mg-mcg</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/02/2019
NORVIR CAP 100MG	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/02/2019
NUPLAZID TAB 17MG	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/06/2019
ONFI SUS 2.5MG/ML	Canceladura	Disponible en genérico. Solo el genérico esta cubierto.	clobazam 2.5 mg/ml	2		01/04/2019
ONFI TAB 10MG	Canceladura	Disponible en genérico. Solo el genérico esta cubierto.	clobazam 10 mg	2		01/04/2019
ONFI TAB 20MG	Canceladura	Disponible en genérico. Solo el genérico esta cubierto.	clobazam 20 mg	2		01/04/2019
<i>perigard sol</i> <i>0.12%</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/02/2019
<i>polyeth glyc pow</i> <i>3350 nf</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/03/2019
<i>profeno tab</i> <i>600mg</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/07/2019
<i>quasense tab</i> <i>0.03-0.15mg</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/06/2019
QVAR AER 40MCG/ACT	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/01/2019
QVAR AER 80MCG/ACT	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/01/2019
RANEXA 1000MG	Canceladura	Disponible en genérico. Solo el genérico esta cubierto.	ranolazine 1000 mg	2		01/09/2019

Canceladuras

Medicación Afectada	Descripción del Cambio	Motivo del Cambio	Medicamentos Alternativos	Nivel	Notas	Fecha de Vigencia
RANEXA 500MG	Canceladura	Disponible en genérico. Solo el genérico esta cubierto.	ranolazine 500 mg	2		01/09/2019
RAPAMUNE SOL 1MG/ML	Canceladura	Disponible en genérico. Solo el genérico esta cubierto.	sirolimus 1 mg/ml	5		01/07/2019
RESCRIPTOR TAB 100 MG	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/06/2019
<i>ribasphere tab 200mg</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/06/2019
RIBASPHERE RIBAPAK 400MG	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/06/2019
<i>ribasphere tab 400mg</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/06/2019
SABRIL TAB 500MG	Canceladura	Disponible en genérico. Solo el genérico esta cubierto.	vigabatrin 500 mg	5		01/07/2019
<i>sodium chloride inj 2.5meq/ml</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/02/2019
SPORANOX SOL 10MG/ML	Canceladura	Disponible en genérico. Solo el genérico esta cubierto.	itraconazole 10 mg/ml	5		01/04/2019
TECHNIVIE TAB 12.5MG-75MG-50MG	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/06/2019
<i>trinessa tab 0.18/0.215/0.25mg-35mcg</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/06/2019
VERSACLOZ SUS 50MG/ML	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/02/2019

Canceladuras

Medicación Afectada	Descripción del Cambio	Motivo del Cambio	Medicamentos Alternativos	Nivel	Notas	Fecha de Vigencia
VESICARE 10MG	Canceladura	Disponible en genérico. Solo el genérico esta cubierto.	solifenacin succinate 10 mg	2		01/09/2019
VESICARE 5MG	Canceladura	Disponible en genérico. Solo el genérico esta cubierto.	solifenacin succinate 5 mg	2		01/09/2019
<i>vestura tab 3mg-0.02mg</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/01/2019
VIRAMUNE SUS 50MG/5ML	Canceladura	Disponible en genérico. Solo el genérico esta cubierto.	nevirapine 10 mg/ml	2		01/07/2019
WELCHOL PAK 3.75GM	Canceladura	Disponible en genérico. Solo el genérico esta cubierto.	colesevelam hydrochloride 3750 mg	2		01/04/2019
<i>zenchent tab 35mcg-0.4mg</i>	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/03/2019
ZENPEP CAP 105000-25000-79 000UNIT	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/01/2019
ZENPEP CAP 14000-3000-1000 0UNIT	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/01/2019
ZENPEP CAP 24000-5000-1700 0UNIT	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/01/2019
ZENPEP CAP 63000-15000-470 00UNIT	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/01/2019
ZERIT SOL 1MG/ML	Canceladura	Eliminación obligatoria de CMS	Por favor, consulte con su médico.			01/03/2019
ZOVIRAX CRE 5%	Canceladura	Disponible en genérico. Solo el genérico esta cubierto.	acyclovir 50 mg/ml	5		01/07/2019

Canceladuras

Medicación Afectada	Descripción del Cambio	Motivo del Cambio	Medicamentos Alternativos	Nivel	Notas	Vigencia
ZYCLARA PUMP CRE 3.75%	Canceladura	Disponible en genérico. Solo el genérico esta cubierto.	imiquimod 37.5 mg/ml	5		01/04/2019
ZYTIGA TAB 250MG	Canceladura	Disponible en genérico. Solo el genérico esta cubierto.	abiraterone acetate 250 mg	5		01/04/2019

Nivel de menor costo

Medicación Afectada	Nivel*	Notas	Fecha de Vigencia
<i>naloxone prefilled syringe 1mg/ml</i>	1	GAP	01/02/2019
<i>naloxone soln cartridge 0.4mg/ml</i>	1	GAP	01/02/2019
<i>naloxone inj 0.4mg/ml</i>	1	GAP	01/02/2019
<i>alfuzosin tab 10mg er</i>	1	GAP	01/05/2019
<i>amlodipine/valsartan tab 10-160mg</i>	1	GAP	01/05/2019
<i>amlodipine/valsartan tab 10-320mg</i>	1	GAP	01/05/2019
<i>amlodipine/valsartan tab 5-160mg</i>	1	GAP	01/05/2019
<i>amlodipine/valsartan tab 5-320mg</i>	1	GAP	01/05/2019
<i>azelastine dro 0.05%</i>	1	GAP	01/05/2019
<i>azelastine spr 0.1%</i>	1	QL (60 ML por 30 días) GAP	01/05/2019
<i>betaxolol sol 0.5% op</i>	1	GAP	01/05/2019
<i>betaxolol tab 10mg</i>	1	GAP	01/05/2019
<i>betaxolol tab 20mg</i>	1	GAP	01/05/2019
<i>disulfiram tab 250mg</i>	1	GAP	01/05/2019
<i>disulfiram tab 500mg</i>	1	GAP	01/05/2019
<i>donepezil tab 10mg odt</i>	1	GAP	01/05/2019
<i>donepezil tab 5mg odt</i>	1	GAP	01/05/2019
<i>duloxetine cap 20mg</i>	1	QL (60 EA por 30 días) GAP	01/05/2019
<i>duloxetine cap 30mg</i>	1	QL (90 EA por 30 días) GAP	01/05/2019
<i>duloxetine cap 60mg</i>	1	QL (60 EA por 30 días) GAP	01/05/2019
<i>dutasteride cap 0.5mg</i>	1	GAP	01/05/2019
<i>endocet tab 10-325mg</i>	1	GAP	01/05/2019
<i>endocet tab 7.5-325mg</i>	1	GAP	01/05/2019
<i>irbesartan/hctz tab 150-12.5mg</i>	1	GAP	01/05/2019
<i>irbesartan/hctz tab 300-12.5mg</i>	1	GAP	01/05/2019
<i>lansoprazole cap 30mg dr</i>	1	QL (60 EA por 30 días) GAP	01/05/2019
<i>levetiraceta tab 500mg er</i>	1	GAP	01/05/2019
<i>levetiraceta tab 750mg er</i>	1	GAP	01/05/2019
<i>methotrexate in 25mg/ml</i>	1	GAP	01/05/2019
<i>methotrexate inj 50mg/2ml</i>	1	GAP	01/05/2019
<i>minoxidil tab 10mg</i>	1	GAP	01/05/2019
<i>minoxidil tab 2.5mg</i>	1	GAP	01/05/2019
<i>nifedipine cap 10mg</i>	1	GAP	01/05/2019
<i>nifedipine cap 20mg</i>	1	GAP	01/05/2019
<i>nizatidine cap 150mg</i>	1	GAP	01/05/2019

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.

Nivel de menor costo

Medicación Afectada	Nivel*	Notas	Fecha de Vigencia
<i>nizatidine cap 300mg</i>	1	GAP	01/05/2019
<i>olmesartan/hctz tab 20-12.5mg</i>	1	GAP	01/05/2019
<i>olmesartan/hctz tab 40-12.5mg</i>	1	GAP	01/05/2019
<i>olmesartan/hctz tab 40-25mg</i>	1	GAP	01/05/2019
<i>olmesartan medoxomil tab 20mg</i>	1	GAP	01/05/2019
<i>olmesartan medoxomil tab 40mg</i>	1	GAP	01/05/2019
<i>olmesartan medoxomil tab 5mg</i>	1	GAP	01/05/2019
<i>oxycodone/apap tab 10-325mg</i>	1	GAP	01/05/2019
<i>oxycodone/apap tab 7.5-325mg</i>	1	GAP	01/05/2019
<i>risperidone sol 1mg/ml</i>	1	QL (240 ML por 30 días) GAP	01/05/2019
<i>rizatriptan tab 10mg</i>	1	QL (18 EA por 30 días) GAP	01/05/2019
<i>rizatriptan tab 10mg odt</i>	1	QL (18 EA por 30 días) GAP	01/05/2019
<i>rizatriptan tab 5mg</i>	1	QL (18 EA por 30 días) GAP	01/05/2019
<i>rizatriptan tab 5mg odt</i>	1	QL (18 EA por 30 días) GAP	01/05/2019
<i>rosuvastatin tab 10mg</i>	1	GAP	01/05/2019
<i>rosuvastatin tab 20mg</i>	1	GAP	01/05/2019
<i>rosuvastatin tab 40mg</i>	1	GAP	01/05/2019
<i>rosuvastatin tab 5mg</i>	1	GAP	01/05/2019
<i>roweepra xr tab 500mg xr</i>	1	GAP	01/05/2019
<i>roweepra xr tab 750mg xr</i>	1	GAP	01/05/2019
<i>sorine tab 120mg</i>	1	GAP	01/05/2019
<i>sorine tab 160mg</i>	1	GAP	01/05/2019
<i>sorine tab 80mg</i>	1	GAP	01/05/2019
<i>sotalol af tab 120mg</i>	1	GAP	01/05/2019
<i>sotalol af tab 120mg</i>	1	GAP	01/05/2019
<i>sotalol hcl tab 160mg</i>	1	GAP	01/05/2019
<i>sotalol hcl tab 80mg</i>	1	GAP	01/05/2019
<i>telmisartan tab 20mg</i>	1	GAP	01/05/2019
<i>telmisartan tab 40mg</i>	1	GAP	01/05/2019
<i>telmisartan tab 80mg</i>	1	GAP	01/05/2019
<i>theophylline tab 400mg er</i>	1	GAP	01/05/2019
<i>ziprasidone cap 20mg</i>	1	QL (60 EA por 30 días) GAP	01/05/2019
<i>ziprasidone cap 40mg</i>	1	QL (60 EA por 30 días) GAP	01/05/2019
<i>ziprasidone cap 60mg</i>	1	QL (60 EA por 30 días) GAP	01/05/2019
<i>ziprasidone cap 80mg</i>	1	QL (60 EA por 30 días) GAP	01/05/2019

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.

Nivel de menor costo

Medicación Afectada	Nivel*	Notas	Fecha de Vigencia
<i>metoprolol succinate tab 100mg er</i>	1	GAP	01/07/2019
<i>metoprolol succinate tab 200mg er</i>	1	GAP	01/07/2019
<i>metoprolol succinate tab 25mg er</i>	1	GAP	01/07/2019
<i>metoprolol succinate tab 50mg er</i>	1	GAP	01/07/2019

* Nivel de menor costo

Cambios de Requisitos

Medicación Afectada	Nivel	Notas	Fecha de Vigencia
BALVERSA TAB 3MG	5	eliminación de QL	01/08/2019
BALVERSA TAB 4MG	5	eliminación de QL	01/08/2019
BALVERSA TAB 5MG	5	eliminación de QL	01/08/2019
<i>ezetimibe/simvastatin tab 10-80mg</i>	2	eliminación de PA	01/08/2019
<i>latanoprost sol 0.005%</i>	1	eliminación de QL	01/08/2019
<i>simvastatin tab 80mg</i>	1	eliminación de PA	01/08/2019

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.