



ACTUALIZACION DE CAMBIOS AL FORMULARIO 2025:

El siguiente resumen describe los cambios al formulario de la Parte D efectivos desde Enero a Febrero 2025.

| Medicamento Afectado | Referencia de Marca | Descripción del Cambio | Razón del Cambio | Fecha de Efectividad del Cambio | Medicamento Alternativo | Nivel (Alternativa) |
|--|---------------------|---|-------------------|---------------------------------|-------------------------|---------------------|
| Augtyro Oral Capsule 160 Mg | | Se añade al formulario, Nivel 6, PA, QL | Se añade de marca | 02/01/2025 | N/A | N/A |
| Cobenfy Oral Capsule 100-20 Mg, 125-30 Mg, 50-20 Mg | | Se añade al formulario, Nivel 6, PA, QL | Se añade de marca | 02/01/2025 | N/A | N/A |
| Cobenfy Starter Pack Oral Capsule Therapy Pack 50-20 & 100-20 Mg | | Se añade al formulario, Nivel 6, PA, QL | Se añade de marca | 02/01/2025 | N/A | N/A |
| Itovebi Oral Tablet 3 Mg, 9 Mg | | Se añade al formulario, Nivel 6, PA, QL | Se añade de marca | 02/01/2025 | N/A | N/A |

Rev. 01/2025

| Medicamento Afectado | Referencia de Marca | Descripción del Cambio | Razón del Cambio | Fecha de Efectividad del Cambio | Medicamento Alternativo | Nivel (Alternativa) |
|---|---------------------|---|-------------------|---------------------------------|-------------------------|---------------------|
| Lumakras Oral Tablet 240 Mg | | Se añade al formulario, Nivel 6, PA, QL, LA | Se añade de marca | 02/01/2025 | N/A | N/A |
| Lumryz Starter Pack Oral Therapy Pack 4.5 & 6 & 7.5 Gm | | Se añade al formulario, Nivel 6, PA, QL, LA | Se añade de marca | 02/01/2025 | N/A | N/A |
| Simlandi (2 Syringe) Subcutaneous Prefilled Syringe Kit 40 Mg/0.4ml | | Se añade al formulario, Nivel 5, PA, QL | Se añade de marca | 02/01/2025 | N/A | N/A |
| Tremfya Subcutaneous Solution Auto-Injector 200 Mg/2ml | | Se añade al formulario, Nivel 6, PA, QL | Se añade de marca | 02/01/2025 | N/A | N/A |
| Tremfya Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 200 Mg/2ml | | Se añade al formulario, Nivel 6, PA, QL | Se añade de marca | 02/01/2025 | N/A | N/A |

Rev. 01/2025



| Medicamento Afectado | Referencia de Marca | Descripción del Cambio | Razón del Cambio | Fecha de Efectividad del Cambio | Medicamento Alternativo | Nivel (Alternativa) |
|--|---------------------|---------------------------|------------------|---------------------------------|-------------------------|---------------------|
| Fentanyl Citrate Buccal Tablet 200 Mcg | | Se remueve del formulario | Removido por CMS | 02/01/2025 | N/A | N/A |
| Fentanyl Citrate Buccal Lozenge On A Handle 1200 Mcg, 600 Mcg, 800 Mcg | | Se remueve del formulario | Removido por CMS | 02/01/2025 | N/A | N/A |
| Carac External Cream 0.5 % | | Se remueve del formulario | Removido por CMS | 02/01/2025 | N/A | N/A |
| Sorine Oral Tablet 120 Mg, 160 Mg | | Se remueve del formulario | Removido por CMS | 02/01/2025 | N/A | N/A |
| Zyprexa Relprevv Intramuscular Suspension Reconstituted 210 Mg | | Se remueve del formulario | Removido por CMS | 02/01/2025 | N/A | N/A |
| Rotarix Oral Suspension Reconstituted | | Se remueve del formulario | Removido por CMS | 02/01/2025 | N/A | N/A |

Rev. 01/2025



| Medicamento Afectado | Referencia de Marca | Descripción del Cambio | Razón del Cambio | Fecha de Efectividad del Cambio | Medicamento Alternativo | Nivel (Alternativa) |
|--|---------------------|---------------------------|--|---------------------------------|--|---------------------|
| Selzentry Oral Tablet 25 Mg, 75 Mg | | Se remueve del formulario | Removido por CMS | 02/01/2025 | N/A | N/A |
| Quadracel Intramuscular Suspension , (58 Unt/MI) | | Se remueve del formulario | Removido por CMS | 02/01/2025 | N/A | N/A |
| Tazorac External Cream 0.05 % | | Se remueve del formulario | Se remueve de marca, se añade genérico | 02/01/2025 | Tazarotene External Cream 0.05 %, PA | 2 |
| Sprycel Oral Tablet 100 Mg, 140 Mg, 20 Mg, 50 Mg, 70 Mg, 80 Mg | | Se remueve del formulario | Se remueve de marca, se añade genérico | 02/01/2025 | Dasatinib Oral Tablet 100 Mg, 140 Mg, 20 Mg, 50 Mg, 70 Mg, 80 Mg, PA | 6 |

Aplica a: MMM Único, MMM Elite, PMC Max, MMM Plenitud, MMM Balance, MMM Deluxe, MMM Valioso, MMM Supremo, MMM Grandioso, MMM Mega Flex, MMM ELA Relax, MMM ELA Cash, MMM ELA Advantage.



Para radicar una solicitud deberá proveer la evidencia de necesidad médica escrita por el médico que prescribe. Para más información puede hacer referencia a la sección ¿Cómo puedo solicitar una excepción al formulario?, en la Evidencia de Cubierta.

Para más información, comuníquese con nuestro Departamento de Servicios al Afiliado al 1-866-333-5470 (libre de cargos) ó al 1-866-333-5469 TTY (audio impedidos), de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.



Rev. 01/2025