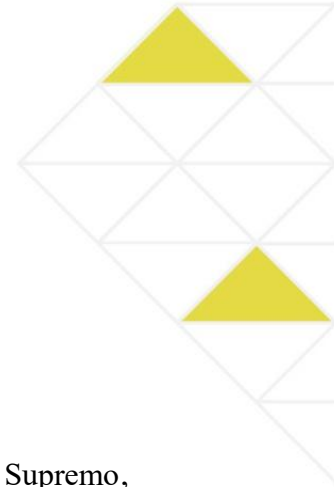




## **ACTUALIZACION DE CAMBIOS AL FORMULARIO 2026**

El siguiente resumen describe los cambios al formulario de la Parte D efectivos desde febrero a marzo 2026.

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.

### **Símbolos y abreviaturas utilizadas en el formulario**

PA - medicamentos que requieren preautorización

PA 1 - PA aplica a todos

PA 2 - PA aplica a nuevos comienzos solamente

PA 3 - BvsD preautorización administrativa para determinar cobertura por la parte B o parte D.

QL (##/##) - medicamentos con límite de cantidad; la cantidad en paréntesis especifica la cantidad límite para el máximo de días de suministro.

ST - terapia escalonada

ST 1 - ST aplica a todos

ST 2 - ST aplica a nuevos comienzos solamente

LA - medicamentos con acceso limitado (ej., Medicamentos Especializados)

MT - medicamentos de mantenimiento (ej., suministro de 90 días - farmacias contratadas y envío por correo)

FFL - medicamentos de mantenimiento limitados a un suministro de un (1) mes para el primer despacho.

Rev. 02/2026



| Medicamento Afectado                                                                                      | Referencia de Marca | Descripción del Cambio                                         | Razón del Cambio             | Fecha de Efectividad del Cambio | Medicamento Alternativo | Nivel (Alternativa) |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------|---------------------------------|-------------------------|---------------------|
| Bildyos Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 60 Mg/ML                                                  | PROLIA              | Se añade al formulario, Nivel 4 PA-1, QL (1 ML per 180 days)   | Se añade genérico/biosimilar | 01/01/2026                      | N/A                     | N/A                 |
| Bilprevda Subcutaneous Solution 120 Mg/1.7ml                                                              | XGEVA               | Se añade al formulario, Nivel 5, PA-1, QL (1.7 ML per 28 days) | Se añade genérico/biosimilar | 01/01/2026                      | N/A                     | N/A                 |
| Carbidopa-Levodopa Er Oral Capsule Extended Release 23.75-95 Mg, 36.25-145 Mg, 48.75-195 Mg, 61.25-245 Mg | RYTARY              | Se añade al formulario, Nivel 2, MT, FFL                       | Se añade genérico            | 02/01/2026                      | N/A                     | N/A                 |
| Estrogens Conjugated Oral Tablet 0.3 Mg, 0.45 Mg, 0.625 Mg, 0.9 Mg, 1.25 Mg                               | PREMARIN            | Se añade al formulario, Nivel 2, MT                            | Se añade genérico            | 02/01/2026                      | N/A                     | N/A                 |

Rev. 02/2026



| Medicamento Afectado                                                          | Referencia de Marca | Descripción del Cambio                                            | Razón del Cambio  | Fecha de Efectividad del Cambio | Medicamento Alternativo | Nivel (Alternativa) |
|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------------|-------------------------|---------------------|
| Fidaxomicin Oral Tablet 200 Mg                                                | DIFICID             | Se añade al formulario, Nivel 6, ST-1                             | Se añade genérico | 02/01/2026                      | N/A                     | N/A                 |
| Glycerol Phenylbutyrate Oral Liquid 1.1 Gm/ML                                 | RAVICTI             | Se añade al formulario, Nivel 6, PA-1                             | Se añade genérico | 02/01/2026                      | N/A                     | N/A                 |
| Brukinsa Oral Tablet 160 Mg                                                   |                     | Se añade al formulario, Nivel 6, PA-2, QL (60 EA per 30 days), LA | Se añade de marca | 01/01/2026                      | N/A                     | N/A                 |
| Exxua Oral Tablet Extended Release 24 Hour 18.2 Mg, 36.3 Mg, 54.5 Mg, 72.6 Mg |                     | Se añade al formulario, Nivel 6, ST-2, QL (30 EA per 30 days)     | Se añade de marca | 02/01/2026                      | N/A                     | N/A                 |
| Inluriyo Oral Tablet 200 Mg                                                   |                     | Se añade al formulario, Nivel 6, PA-2, QL (56 EA per 28 days), LA | Se añade de marca | 02/01/2026                      | N/A                     | N/A                 |

Rev. 02/2026



| Medicamento Afectado                                                       | Referencia de Marca | Descripción del Cambio                                        | Razón del Cambio  | Fecha de Efectividad del Cambio | Medicamento Alternativo | Nivel (Alternativa) |
|----------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------------|-------------------------|---------------------|
| Luizza 1.5/30 Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg                                    |                     | Se añade al formulario, Nivel 1, MT                           | Se añade de marca | 02/01/2026                      | N/A                     | N/A                 |
| Luizza 1/20 Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg                                        |                     | Se añade al formulario, Nivel 1, MT                           | Se añade de marca | 02/01/2026                      | N/A                     | N/A                 |
| Otezla Xr Oral Tablet Extended Release 24 Hour 75 Mg                       |                     | Se añade al formulario, Nivel 5, PA-1, QL (30 EA per 30 days) | Se añade de marca | 02/01/2026                      | N/A                     | N/A                 |
| Otezla/Otezla Xr Initiation Pk Oral Tablet Therapy Pack 10&20&30&(Er)75 Mg |                     | Se añade al formulario, Nivel 5, PA-1, QL (41 EA per 28 days) | Se añade de marca | 02/01/2026                      | N/A                     | N/A                 |
| Rextovy Nasal Liquid 4 Mg/0.25ml                                           |                     | Se añade al formulario, Nivel 3                               | Se añade de marca | 02/01/2026                      | N/A                     | N/A                 |
| Valtya 1/35 Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg                                        |                     | Se añade al formulario, Nivel 1, MT                           | Se añade de marca | 02/01/2026                      | N/A                     | N/A                 |

Rev. 02/2026



| Medicamento Afectado                                                    | Referencia de Marca           | Descripción del Cambio                                      | Razón del Cambio            | Fecha de Efectividad del Cambio | Medicamento Alternativo | Nivel (Alternativa) |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|-------------------------|---------------------|
| Escitalopram Oxalate Oral Capsule 15 Mg                                 |                               | Se añade al formulario, Nivel 3, QL (30 EA per 30 days), MT | Se añade genérico           | 02/01/2026                      | N/A                     | N/A                 |
| Lomustine Oral Capsule 10 Mg, 40 Mg                                     | GLEOSTINE                     | Se añade al formulario, Nivel 4, PA-2                       | Se añade genérico           | 02/01/2026                      | N/A                     | N/A                 |
| Lomustine Oral Capsule 100 Mg                                           | GLEOSTINE                     | Se añade al formulario, Nivel 6, PA-2                       | Se añade genérico           | 02/01/2026                      | N/A                     | N/A                 |
| Dapagliflozin Propanediol Oral Tablet 10 Mg, 5 Mg                       | FARXIGA                       | Cambio en Formulario                                        | Cambio de Nivel 3 a Nivel 2 | 01/01/2026                      | N/A                     | N/A                 |
| Endocet Oral Tablet 5-325 Mg                                            |                               | Se remueve del formulario                                   | Removido por CMS            | 02/01/2026                      | N/A                     | N/A                 |
| Ogsiveo Oral Tablet 50 Mg                                               |                               | Se remueve del formulario                                   | Removido por CMS            | 02/01/2026                      | N/A                     | N/A                 |
| Sumatriptan Succinate Refill Subcutaneous Solution Cartridge 6 Mg/0.5ml | IMITREX<br>STATDOSE<br>REFILL | Se remueve del formulario                                   | Removido por CMS            | 02/01/2026                      | N/A                     | N/A                 |

Rev. 02/2026

| Medicamento Afectado                                                                       | Referencia de Marca     | Descripción del Cambio    | Razón del Cambio                                  | Fecha de Efectividad del Cambio | Medicamento Alternativo                                                                                           | Nivel (Alternativa) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|---------------------------|---------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Sumatriptan Succinate Subcutaneous Solution Auto-Injector 4 Mg/0.5ml                       | IMITREX STATDOSE SYSTEM | Se remueve del formulario | Removido por CMS                                  | 02/01/2026                      | N/A                                                                                                               | N/A                 |
| Prolia Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 60 Mg/ML                                    |                         | Se remueve del formulario | Se remueve de marca, se añade genérico/biosimilar | 02/01/2026                      | Bildyos Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 60 Mg/ML, PA-1, QL (1 ML per 180 days)                            | 4                   |
| Xgeva Subcutaneous Solution 120 Mg/1.7ml                                                   |                         | Se remueve del formulario | Se remueve de marca, se añade genérico/biosimilar | 02/01/2026                      | Bilprevda Subcutaneous Solution 120 Mg/1.7ml, PA-1, QL (1.7 ML per 28 days)                                       | 5                   |
| Rytary Oral Capsule Extended Release 23.75-95 Mg, 36.25-145 Mg, 48.75-195 Mg, 61.25-245 Mg |                         | Se remueve del formulario | Se remueve de marca, se añade genérico            | 02/01/2026                      | Carbidopa-Levodopa Er Oral Capsule Extended Release 23.75-95 Mg, 36.25-145 Mg, 48.75-195 Mg, 61.25-245 Mg MT, FFL | 2                   |

Rev. 02/2026

| Medicamento Afectado                                            | Referencia de Marca | Descripción del Cambio    | Razón del Cambio                       | Fecha de Efectividad del Cambio | Medicamento Alternativo                                                        | Nivel (Alternativa) |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------|----------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Premarin Oral Tablet 0.3 Mg, 0.45 Mg, 0.625 Mg, 0.9 Mg, 1.25 Mg |                     | Se remueve del formulario | Se remueve de marca, se añade genérico | 02/01/2026                      | Estrogens Conjugated Oral Tablet 0.3 Mg, 0.45 Mg, 0.625 Mg, 0.9 Mg, 1.25 Mg MT | 2                   |
| Dificid Oral Tablet 200 Mg                                      |                     | Se remueve del formulario | Se remueve de marca, se añade genérico | 02/01/2026                      | Fidaxomicin Oral Tablet 200 Mg, ST-1                                           | 6                   |
| Ravicti Oral Liquid 1.1 Gm/ML                                   |                     | Se remueve del formulario | Se remueve de marca, se añade genérico | 02/01/2026                      | Glycerol Phenylbutyrate Oral Liquid 1.1 Gm/ML, PA-1                            | 6                   |
| Gleostine Oral Capsule 10 Mg, 40 Mg                             |                     | Se remueve del formulario | Se remueve de marca, se añade genérico | 02/01/2026                      | Lomustine Oral Capsule 10 Mg, 40 Mg, PA-2                                      | 4                   |
| Gleostine Oral Capsule 100 Mg                                   |                     | Se remueve del formulario | Se remueve de marca, se añade genérico | 02/01/2026                      | Lomustine Oral Capsule 100 Mg, PA-2                                            | 6                   |

Rev. 02/2026



| Medicamento Afectado                        | Referencia de Marca | Descripción del Cambio                                            | Razón del Cambio             | Fecha de Efectividad del Cambio | Medicamento Alternativo | Nivel (Alternativa) |
|---------------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------|---------------------------------|-------------------------|---------------------|
| Ensacove Oral Capsule 100 Mg, 25 Mg         |                     | Se añade al formulario, Nivel 6, PA-2, QL (60 EA per 30 days), LA | Se añade de marca            | 03/01/2026                      | N/A                     | N/A                 |
| Koselugo Oral Capsule Sprinkle 5 Mg, 7.5 Mg |                     | Se añade al formulario, Nivel 6, PA-2                             | Se añade de marca            | 03/01/2026                      | N/A                     | N/A                 |
| Prezcobix Oral Tablet 675-150 Mg            |                     | Se añade al formulario, Nivel 6                                   | Se añade de marca            | 03/01/2026                      | N/A                     | N/A                 |
| Selarsdi Subcutaneous Solution 45 Mg/0.5ml  |                     | Se añade al formulario, Nivel 3, PA-1, QL (1 ML per 28 days), MT  | Se añade genérico/biosimilar | 03/01/2026                      | N/A                     | N/A                 |
| Subvenite Oral Suspension 10 Mg/ML          |                     | Se añade al formulario, Nivel 4, MT                               | Se añade de marca            | 03/01/2026                      | N/A                     | N/A                 |

Rev. 02/2026



| Medicamento Afectado                                                                            | Referencia de Marca | Descripción del Cambio                                             | Razón del Cambio  | Fecha de Efectividad del Cambio | Medicamento Alternativo | Nivel (Alternativa) |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------------|-------------------------|---------------------|
| Tyvaso Dpi Maintenance Kit Inhalation Powder 80 Mcg                                             |                     | Se añade al formulario, Nivel 5, PA-1, QL (112 EA per 28 days), LA | Se añade de marca | 03/01/2026                      | N/A                     | N/A                 |
| Tyvaso Dpi Maintenance Kit Inhalation Powder 112 X 32mcg & 112 X64mcg, 112 X 48mcg & 112 X64mcg |                     | Se añade al formulario, Nivel 5, PA-1, QL (224 EA per 28 days), LA | Se añade de marca | 03/01/2026                      | N/A                     | N/A                 |
| Bupropion Hcl Er (Xl) Oral Tablet Extended Release 24 Hour 450 Mg                               |                     | Se añade al formulario, Nivel 2, MT                                | Se añade genérico | 03/01/2026                      | N/A                     | N/A                 |
| Xofluza (40 Mg Dose) Oral Tablet Therapy Pack 1 X 40 Mg                                         |                     | Se añade al formulario, Nivel 3                                    | Se añade de marca | 01/01/2026                      | N/A                     | N/A                 |
| Xofluza (80 Mg Dose) Oral Tablet Therapy Pack 1 X 80 Mg                                         |                     | Se añade al formulario, Nivel 3                                    | Se añade de marca | 01/01/2026                      | N/A                     | N/A                 |

Rev. 02/2026

| Medicamento Afectado                          | Referencia de Marca | Descripción del Cambio    | Razón del Cambio               | Fecha de Efectividad del Cambio | Medicamento Alternativo | Nivel (Alternativa) |
|-----------------------------------------------|---------------------|---------------------------|--------------------------------|---------------------------------|-------------------------|---------------------|
| Uptravi Oral Tablet 200 Mcg                   |                     | Cambio en Formulario      | Cambio en QL de 60/30 a 140/28 | 01/01/2026                      | N/A                     | N/A                 |
| Neo-Polycin Ophthalmic Ointment 3.5-400-10000 |                     | Se remueve del formulario | Removido por CMS               | 03/01/2026                      | N/A                     | N/A                 |
| Neo-Polycin Hc Ophthalmic Ointment 1 %        |                     | Se remueve del formulario | Removido por CMS               | 03/01/2026                      | N/A                     | N/A                 |
| Polycin Ophthalmic Ointment 500-10000 Unit/Gm |                     | Se remueve del formulario | Removido por CMS               | 03/01/2026                      | N/A                     | N/A                 |
| Sulfacetamide Sodium Ophthalmic Ointment 10 % |                     | Se remueve del formulario | Removido por CMS               | 03/01/2026                      | N/A                     | N/A                 |

Rev. 02/2026



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) (los usuarios de TTY deben llamar al 711), de lunes a domingo de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.



Rev. 02/2026