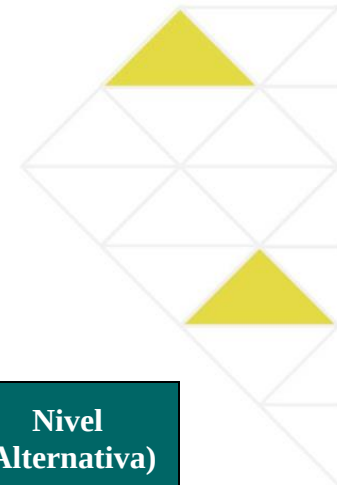




ACTUALIZACION DE CAMBIOS AL FORMULARIO 2025:

El siguiente resumen describe los cambios al formulario de la Parte D efectivos desde Marzo a Abril 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
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

Rev. 03/2025



Medicamento Afectado	Referencia de Marca	Descripción del Cambio	Razón del Cambio	Fecha de Efectividad del Cambio	Medicamento Alternativo	Nivel (Alternativa)
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
Fentanyl Citrate Buccal Tablet 200 Mcg		Se remueve del formulario	Removido por CMS	02/01/2025	N/A	N/A

Rev. 03/2025



Medicamento Afectado	Referencia de Marca	Descripción del Cambio	Razón del Cambio	Fecha de Efectividad del Cambio	Medicamento Alternativo	Nivel (Alternativa)
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
Selzentry Oral Tablet 25 Mg, 75 Mg		Se remueve del formulario	Removido por CMS	02/01/2025	N/A	N/A

Rev. 03/2025



Medicamento Afectado	Referencia de Marca	Descripción del Cambio	Razón del Cambio	Fecha de Efectividad del Cambio	Medicamento Alternativo	Nivel (Alternativa)
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
Brilinta Oral Tablet 60 Mg, 90 Mg		Cambio en Formulario	Se remueve ST	02/19/2025	N/A	N/A
Danziten Oral Tablet 71 Mg, 95 Mg		Se añade al formulario, Nivel 6, PA, LA	Se añade de marca	03/01/2025	N/A	N/A
Imkeldi Oral Solution 80 Mg/MI		Se añade al formulario, Nivel 6, PA	Se añade de marca	03/01/2025	N/A	N/A

Rev. 03/2025

Medicamento Afectado	Referencia de Marca	Descripción del Cambio	Razón del Cambio	Fecha de Efectividad del Cambio	Medicamento Alternativo	Nivel (Alternativa)
Revuforj Oral Tablet 110 Mg, 160 Mg		Se añade al formulario, Nivel 6, PA, QL	Se añade de marca	03/01/2025	N/A	N/A
Veltassa Oral Packet 1 Gm		Se añade al formulario, Nivel 3	Se añade de marca	03/01/2025	N/A	N/A
Cimetidine Hcl Oral Solution 300 Mg/5ml		Se añade al formulario, Nivel 2	Se añade genérico	03/01/2025	N/A	N/A
Lagevrio Oral Capsule 200 Mg		Se añade al formulario, Nivel 3, QL	Se añade de marca	03/01/2025	N/A	N/A
Tremfya Subcutaneous Solution Auto-Injector 100 Mg/Ml, 200 Mg/2ml		Cambio en Formulario	Cambio de Nivel 6 a Nivel 5	03/01/2025	N/A	N/A
Tremfya Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 100 Mg/Ml, 200 Mg/2ml		Cambio en Formulario	Cambio de Nivel 6 a Nivel 5	03/01/2025	N/A	N/A
Droxia Oral Capsule 200 Mg, 300 Mg, 400 Mg		Se remueve del formulario	Removido por CMS	03/01/2025	N/A	N/A
Tdvax Intramuscular Suspension 2-2 Lf/0.5ml		Se remueve del formulario	Removido por CMS	03/01/2025	N/A	N/A

Rev. 03/2025

Medicamento Afectado	Referencia de Marca	Descripción del Cambio	Razón del Cambio	Fecha de Efectividad del Cambio	Medicamento Alternativo	Nivel (Alternativa)
Simlandi (1 Syringe) Prefilled Syringe Kit 80 MG/0.8ML Subcutaneous		Se añade al formulario, Nivel 5, PA QL	Se añade de marca	03/01/2025	N/A	N/A
Simlandi (2 Syringe) Prefilled Syringe Kit 20 MG/0.2ML Subcutaneous		Se añade al formulario, Nivel 5, PA QL	Se añade de marca	03/01/2025	N/A	N/A
Carbamazepine Tablet Chewable 200 MG Oral		Se añade al formulario, Nivel 2	Se añade genérico	04/01/2025	N/A	N/A
Topiramate Capsule Sprinkle 50 MG Oral		Se añade al formulario, Nivel 2	Se añade genérico	04/01/2025	N/A	N/A
Mesna 400 Mg Oral Tablet		Se añade al formulario, Nivel 2	Se añade genérico	04/01/2025	N/A	N/A
Mesnex 400 Mg Oral Tablet		Se remueve del formulario	Se remueve de marca, se añade genérico	04/01/2025	Mesna 400 Mg Oral Tablet	2
Lazcluze Oral Tablet 80 MG		Cambio en Formulario	Cambio en QL de 30/30 a 60/30	02/21/2025	N/A	N/A

Rev. 03/2025



Medicamento Afectado	Referencia de Marca	Descripción del Cambio	Razón del Cambio	Fecha de Efectividad del Cambio	Medicamento Alternativo	Nivel (Alternativa)
Toujeo SoloStar Solution Pen-Injector 300 UNIT/ML Subcutaneous		Cambio en Formulario	Cambio en QL de 40/30 a 40.5/30	03/11/2025	N/A	N/A
HumaLOG KwikPen Solution Pen-injector 200 UNIT/ML Subcutaneous		Cambio en Formulario	Cambio en QL de 40/30 a 42/30	03/11/2025	N/A	N/A
HumuLIN R U-500 KwikPen Solution Pen-injector 500 UNIT/ML Subcutaneous		Cambio en Formulario	Cambio en QL de 40/30 a 42/30	03/11/2025	N/A	N/A
Toujeo Max SoloStar Solution Pen-Injector 300 UNIT/ML Subcutaneous		Cambio en Formulario	Cambio en QL de 40/30 a 45/30	03/11/2025	N/A	N/A
HumaLOG Junior KwikPen Solution Pen-Injector 100 UNIT/ML Subcutaneous		Cambio en Formulario	Cambio en QL de 40/30 a 45/30	03/11/2025	N/A	N/A
HumaLOG KwikPen Solution Pen-Injector 100 UNIT/ML Subcutaneous		Cambio en Formulario	Cambio en QL de 40/30 a 45/30	03/11/2025	N/A	N/A

Rev. 03/2025



Medicamento Afectado	Referencia de Marca	Descripción del Cambio	Razón del Cambio	Fecha de Efectividad del Cambio	Medicamento Alternativo	Nivel (Alternativa)
HumaLOG Mix 50/50 KwikPen Suspension Pen-injector (50-50) 100 UNIT/ML Subcutaneous		Cambio en Formulario	Cambio en QL de 40/30 a 45/30	03/11/2025	N/A	N/A
HumaLOG Mix 75/25 KwikPen Suspension Pen-injector (75-25) 100 UNIT/ML Subcutaneous		Cambio en Formulario	Cambio en QL de 40/30 a 45/30	03/11/2025	N/A	N/A
HumuLIN 70/30 KwikPen Suspension Pen-Injector (70-30) 100 UNIT/ML Subcutaneous		Cambio en Formulario	Cambio en QL de 40/30 a 45/30	03/11/2025	N/A	N/A
HumuLIN N KwikPen Suspension Pen-Injector 100 UNIT/ML Subcutaneous		Cambio en Formulario	Cambio en QL de 40/30 a 45/30	03/11/2025	N/A	N/A
Insulin Glargine-yfgn Solution Pen-Injector 100 UNIT/ML Subcutaneous		Cambio en Formulario	Cambio en QL de 40/30 a 45/30	03/11/2025	N/A	N/A
Insulin Lispro (1 Unit Dial) Solution Pen-Injector 100 UNIT/ML Subcutaneous		Cambio en Formulario	Cambio en QL de 40/30 a 45/30	03/11/2025	N/A	N/A

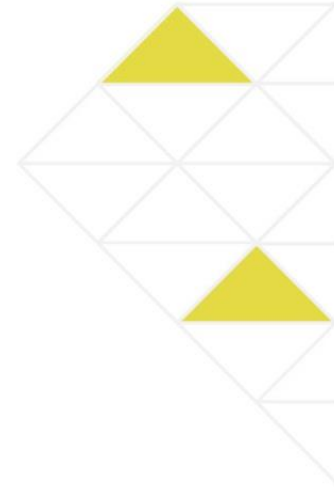
Rev. 03/2025



Medicamento Afectado	Referencia de Marca	Descripción del Cambio	Razón del Cambio	Fecha de Efectividad del Cambio	Medicamento Alternativo	Nivel (Alternativa)
Insulin Lispro Junior KwikPen Solution Pen-Injector 100 UNIT/ML Subcutaneous		Cambio en Formulario	Cambio en QL de 40/30 a 45/30	03/11/2025	N/A	N/A
Insulin Lispro Prot & Lispro Suspension Pen-Injector (75-25) 100 UNIT/ML Subcutaneous		Cambio en Formulario	Cambio en QL de 40/30 a 45/30	03/11/2025	N/A	N/A
Lantus SoloStar Solution Pen-Injector 100 UNIT/ML Subcutaneous		Cambio en Formulario	Cambio en QL de 40/30 a 45/30	03/11/2025	N/A	N/A
Soliqua Solution Pen-injector 100-33 UNT-MCG/ML Subcutaneous		Cambio en Formulario	Cambio en QL de 18/30 a 45/30	03/11/2025	N/A	N/A
Tresiba FlexTouch Solution Pen-Injector 100 UNIT/ML Subcutaneous		Cambio en Formulario	Cambio en QL de 40/30 a 45/30	03/11/2025	N/A	N/A
Tresiba FlexTouch Solution Pen-Injector 200 UNIT/ML Subcutaneous		Cambio en Formulario	Cambio en QL de 40/30 a 45/30	03/11/2025	N/A	N/A

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.

Rev. 03/2025



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. 03/2025