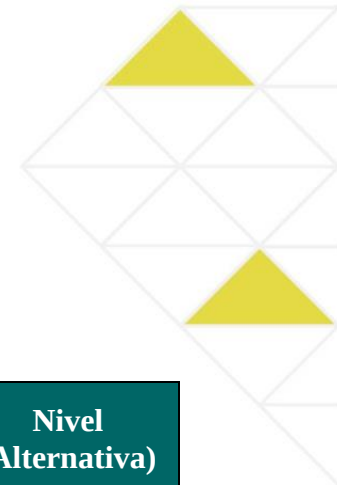




## ACTUALIZACION DE CAMBIOS AL FORMULARIO 2025:

El siguiente resumen describe los cambios al formulario de la Parte D efectivos desde Junio a Julio 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. 06/2025



| 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                 |
| 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                 |

Rev. 06/2025



| Medicamento Afectado                                           | Referencia de Marca | Descripción del Cambio    | Razón del Cambio | Fecha de Efectividad del Cambio | Medicamento Alternativo | Nivel (Alternativa) |
|----------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------|------------------|---------------------------------|-------------------------|---------------------|
| 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. 06/2025



| 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/Ml) |                     | Se remueve del formulario               | Removido por CMS  | 02/01/2025                      | N/A                     | N/A                 |
| 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/Ml                   |                     | Se añade al formulario, Nivel 6, PA     | Se añade de marca | 03/01/2025                      | N/A                     | N/A                 |
| 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                 |

Rev. 06/2025



| Medicamento Afectado                                                   | Referencia de Marca | Descripción del Cambio                 | Razón del Cambio            | Fecha de Efectividad del Cambio | Medicamento Alternativo | Nivel (Alternativa) |
|------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|-------------------------|---------------------|
| Tremfya Subcutaneous Solution Auto-Injector 100 Mg/1ml, 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/1ml, 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                 |
| 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                 |

Rev. 06/2025



| Medicamento Afectado                                                   | Referencia de Marca | Descripción del Cambio          | Razón del Cambio                | Fecha de Efectividad del Cambio | Medicamento Alternativo | Nivel (Alternativa) |
|------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|-------------------------|---------------------|
| 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                 |
| Lazcluze Oral Tablet 80 MG                                             |                     | Cambio en Formulario            | Cambio en QL de 30/30 a 60/30   | 02/21/2025                      | N/A                     | N/A                 |
| 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                 |

Rev. 06/2025



| Medicamento Afectado                                                               | Referencia de Marca | Descripción del Cambio | Razón del Cambio              | Fecha de Efectividad del Cambio | Medicamento Alternativo | Nivel (Alternativa) |
|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------------|-------------------------------|---------------------------------|-------------------------|---------------------|
| 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                 |
| 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                 |

Rev. 06/2025



| Medicamento Afectado                                                                  | Referencia de Marca | Descripción del Cambio | Razón del Cambio              | Fecha de Efectividad del Cambio | Medicamento Alternativo | Nivel (Alternativa) |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------------|-------------------------------|---------------------------------|-------------------------|---------------------|
| 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                 |
| 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                 |

Rev. 06/2025



| Medicamento Afectado                                                     | Referencia de Marca | Descripción del Cambio                  | Razón del Cambio              | Fecha de Efectividad del Cambio | Medicamento Alternativo | Nivel (Alternativa) |
|--------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|-------------------------|---------------------|
| 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                 |
| Emgality Subcutaneous Solution Auto-Injector 120 Mg/ML                   |                     | Se añade al formulario, Nivel 3, PA, QL | Se añade de marca             | 05/01/2025                      | N/A                     | N/A                 |
| Emgality Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 120 Mg/ML               |                     | Se añade al formulario, Nivel 3, PA, QL | Se añade de marca             | 05/01/2025                      | N/A                     | N/A                 |
| Emgality (300 Mg Dose) Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 100 Mg/ML |                     | Se añade al formulario, Nivel 3, PA, QL | Se añade de marca             | 05/01/2025                      | N/A                     | N/A                 |

Rev. 06/2025



| Medicamento Afectado                                         | Referencia de Marca | Descripción del Cambio                  | Razón del Cambio  | Fecha de Efectividad del Cambio | Medicamento Alternativo | Nivel (Alternativa) |
|--------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------------------------------|-------------------|---------------------------------|-------------------------|---------------------|
| Qulipta Oral Tablet 10 Mg, 30 Mg, 60 Mg                      |                     | Se añade al formulario, Nivel 3, PA, QL | Se añade de marca | 05/01/2025                      | N/A                     | N/A                 |
| Selarsdi Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 90 Mg/MI    |                     | Se añade al formulario, Nivel 5, PA, QL | Se añade de marca | 05/01/2025                      | N/A                     | N/A                 |
| Selarsdi Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 45 Mg/0.5ml |                     | Se añade al formulario, Nivel 4, PA, QL | Se añade de marca | 05/01/2025                      | N/A                     | N/A                 |
| Evrysdi Oral Tablet 5 Mg                                     |                     | Se añade al formulario, Nivel 6, PA, QL | Se añade de marca | 05/01/2025                      | N/A                     | N/A                 |
| Feirza 1.5/30 Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg                      |                     | Se añade al formulario, Nivel 1         | Se añade de marca | 05/01/2025                      | N/A                     | N/A                 |
| Feirza 1/20 Oral Tablet 1-20 Mg-Mcg                          |                     | Se añade al formulario, Nivel 1         | Se añade de marca | 05/01/2025                      | N/A                     | N/A                 |

Rev. 06/2025



| Medicamento Afectado                                                                                                         | Referencia de Marca | Descripción del Cambio                  | Razón del Cambio            | Fecha de Efectividad del Cambio | Medicamento Alternativo | Nivel (Alternativa) |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|-------------------------|---------------------|
| Xarah Fe Oral Tablet 1-20/1-30/1-35 Mg-Mcg                                                                                   |                     | Se añade al formulario, Nivel 1         | Se añade de marca           | 05/01/2025                      | N/A                     | N/A                 |
| Vivotif Oral Capsule Delayed Release                                                                                         |                     | Se añade al formulario, Nivel 3         | Se añade de marca           | 05/01/2025                      | N/A                     | N/A                 |
| Mounjaro Subcutaneous Solution Auto-Injector 10 Mg/0.5ml, 12.5 Mg/0.5ml, 15 Mg/0.5ml, 2.5 Mg/0.5ml, 5 Mg/0.5ml, 7.5 Mg/0.5ml |                     | Se añade al formulario, Nivel 3, PA, QL | Se añade de marca           | 05/01/2025                      | N/A                     | N/A                 |
| Timolol Hemihydrate Ophthalmic Solution 0.5 %                                                                                |                     | Se añade al formulario, Nivel 2         | Se añade genérico           | 05/01/2025                      | N/A                     | N/A                 |
| Paxlovid (150/100) Oral Tablet Therapy Pack 10 X 150 Mg & 10 X 100mg                                                         |                     | Cambio en Formulario                    | Cambio de Nivel 3 a Nivel 2 | 05/01/2025                      | N/A                     | N/A                 |
| Paxlovid (300/100) Oral Tablet Therapy Pack 20 X 150 Mg & 10 X 100mg                                                         |                     | Cambio en Formulario                    | Cambio de Nivel 3 a Nivel 2 | 05/01/2025                      | N/A                     | N/A                 |

Rev. 06/2025



| Medicamento Afectado                                             | Referencia de Marca | Descripción del Cambio                  | Razón del Cambio  | Fecha de Efectividad del Cambio | Medicamento Alternativo | Nivel (Alternativa) |
|------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------------------------------|-------------------|---------------------------------|-------------------------|---------------------|
| Amoxicillin-Pot<br>Clavulanate Oral Tablet<br>Chewable 400-57 Mg |                     | Se remueve del formulario               | Removido por CMS  | 05/01/2025                      | N/A                     | N/A                 |
| Eulexin Oral Capsule 125 Mg                                      |                     | Se añade al formulario, Nivel 6, PA, QL | Se añade de marca | 06/01/2025                      | N/A                     | N/A                 |
| Gomekli Oral Capsule 1 Mg, 2 Mg                                  |                     | Se añade al formulario, Nivel 6, PA, QL | Se añade de marca | 06/01/2025                      | N/A                     | N/A                 |
| Gomekli Oral Tablet Soluble 1 Mg                                 |                     | Se añade al formulario, Nivel 6, PA, QL | Se añade de marca | 06/01/2025                      | N/A                     | N/A                 |
| Leukeran Oral Tablet 2 Mg                                        |                     | Se añade al formulario, Nivel 6, PA     | Se añade de marca | 06/01/2025                      | N/A                     | N/A                 |
| Opipza Oral Film 10 Mg, 5 Mg                                     |                     | Se añade al formulario, Nivel 6, PA, QL | Se añade de marca | 06/01/2025                      | N/A                     | N/A                 |

Rev. 06/2025



| Medicamento Afectado                                             | Referencia de Marca | Descripción del Cambio                      | Razón del Cambio  | Fecha de Efectividad del Cambio | Medicamento Alternativo | Nivel (Alternativa) |
|------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------------------------|-------------------|---------------------------------|-------------------------|---------------------|
| Opipza Oral Film 2 Mg                                            |                     | Se añade al formulario, Nivel 6, PA         | Se añade de marca | 06/01/2025                      | N/A                     | N/A                 |
| Raldesy Oral Solution 10 Mg/ML                                   |                     | Se añade al formulario, Nivel 4, PA         | Se añade de marca | 06/01/2025                      | N/A                     | N/A                 |
| Revuforj Oral Tablet 25 Mg                                       |                     | Se añade al formulario, Nivel 6, PA         | Se añade de marca | 06/01/2025                      | N/A                     | N/A                 |
| Romvimza Oral Capsule 14 Mg, 20 Mg, 30 Mg                        |                     | Se añade al formulario, Nivel 6, PA, QL. LA | Se añade de marca | 06/01/2025                      | N/A                     | N/A                 |
| Tabloid Oral Tablet 40 Mg                                        |                     | Se añade al formulario, Nivel 6, PA         | Se añade de marca | 06/01/2025                      | N/A                     | N/A                 |
| Vimkunya Intramuscular Suspension Prefilled Syringe 40 Mcg/0.8ml |                     | Se añade al formulario, Nivel 3             | Se añade de marca | 06/01/2025                      | N/A                     | N/A                 |
| Xpovio (40 Mg Once Weekly) Oral Tablet Therapy Pack 10 Mg        |                     | Se añade al formulario, Nivel 6, PA, QL. LA | Se añade de marca | 06/01/2025                      | N/A                     | N/A                 |
| Mercaptopurine Oral Tablet 50 Mg                                 | PURIXAN             | Se añade al formulario, Nivel 2             | Se añade genérico | 06/01/2025                      | N/A                     | N/A                 |

Rev. 06/2025



| Medicamento Afectado                                                              | Referencia de Marca | Descripción del Cambio                      | Razón del Cambio            | Fecha de Efectividad del Cambio | Medicamento Alternativo | Nivel (Alternativa) |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|-------------------------|---------------------|
| Miebo Ophthalmic Solution 1.338 Gm/MI                                             |                     | Se añade al formulario, Nivel 3, QL         | Se añade de marca           | 06/01/2025                      | N/A                     | N/A                 |
| Opsynvi Oral Tablet 10-20 Mg, 10-40 Mg                                            |                     | Se añade al formulario, Nivel 5, PA, QL. LA | Se añade de marca           | 06/01/2025                      | N/A                     | N/A                 |
| Tyvaso Dpi Maintenance Kit Inhalation Powder 16 Mcg, 32 Mcg, 48 Mcg, 64 Mcg       |                     | Cambio en Formulario                        | Cambio de Nivel 6 a Nivel 5 | 06/01/2025                      | N/A                     | N/A                 |
| Tyvaso Dpi Titration Kit Inhalation Powder 16 & 32 & 48 Mcg                       |                     | Cambio en Formulario                        | Cambio de Nivel 6 a Nivel 5 | 06/01/2025                      | N/A                     | N/A                 |
| Xolair Subcutaneous Solution Auto-Injector 150 Mg/MI, 300 Mg/2ml, 75 Mg/0.5ml     |                     | Cambio en Formulario                        | Cambio de Nivel 6 a Nivel 5 | 06/01/2025                      | N/A                     | N/A                 |
| Xolair Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 150 Mg/MI, 300 Mg/2ml, 75 Mg/0.5ml |                     | Cambio en Formulario                        | Cambio de Nivel 6 a Nivel 5 | 06/01/2025                      | N/A                     | N/A                 |

Rev. 06/2025



| Medicamento Afectado                                                             | Referencia de Marca | Descripción del Cambio | Razón del Cambio              | Fecha de Efectividad del Cambio | Medicamento Alternativo | Nivel (Alternativa) |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------|------------------------|-------------------------------|---------------------------------|-------------------------|---------------------|
| Xolair Subcutaneous Solution Reconstituted 150 Mg                                |                     | Cambio en Formulario   | Cambio de Nivel 6 a Nivel 5   | 06/01/2025                      | N/A                     | N/A                 |
| Enoxaparin Sodium Injection Solution Prefilled Syringe 100 Mg/ML, 150 Mg/ML      | LOVENOX             | Cambio en Formulario   | Cambio en QL de 30 ml a 60 ml | 06/01/2025                      | N/A                     | N/A                 |
| Enoxaparin Sodium Injection Solution Prefilled Syringe 120 Mg/0.8ml, 80 Mg/0.8ml | LOVENOX             | Cambio en Formulario   | Cambio en QL de 24ml a 48 ml  | 06/01/2025                      | N/A                     | N/A                 |
| Enoxaparin Sodium Injection Solution Prefilled Syringe 30 Mg/0.3ml               | LOVENOX             | Cambio en Formulario   | Cambio en QL de 9 ml a 18 ml  | 06/01/2025                      | N/A                     | N/A                 |
| Enoxaparin Sodium Injection Solution Prefilled Syringe 40 Mg/0.4ml               | LOVENOX             | Cambio en Formulario   | Cambio en QL de 12 ml a 24 ml | 06/01/2025                      | N/A                     | N/A                 |
| Enoxaparin Sodium Injection Solution Prefilled Syringe 60 Mg/0.6ml               | LOVENOX             | Cambio en Formulario   | Cambio en QL de 18 ml a 36 ml | 06/01/2025                      | N/A                     | N/A                 |

Rev. 06/2025



| Medicamento Afectado                                                                                                       | Referencia de Marca | Descripción del Cambio              | Razón del Cambio  | Fecha de Efectividad del Cambio | Medicamento Alternativo | Nivel (Alternativa) |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------------------------------|-------------------|---------------------------------|-------------------------|---------------------|
| Alyglo Intravenous Solution 5 Gm/50ml, 10 Gm/100ml, 20 Gm/200ml                                                            |                     | Se añade al formulario, Nivel 6, PA | Se añade de marca | 06/01/2025                      | N/A                     | N/A                 |
| Asceniv Intravenous Solution 5 Gm/50ml                                                                                     |                     | Se añade al formulario, Nivel 6, PA | Se añade de marca | 05/06/2025                      | N/A                     | N/A                 |
| Bivigam Intravenous Solution 10 Gm/100ml                                                                                   |                     | Se añade al formulario, Nivel 6, PA | Se añade de marca | 05/06/2025                      | N/A                     | N/A                 |
| Flebogamma Dif Intravenous Solution 10 Gm/100ml, 10 Gm/200ml, 2.5 Gm/50ml, 20 Gm/200ml, 20 Gm/400ml, 5 Gm/100ml, 5 Gm/50ml |                     | Se añade al formulario, Nivel 6, PA | Se añade de marca | 05/06/2025                      | N/A                     | N/A                 |
| Gammagard Injection Solution 1 Gm/10ml, 10 Gm/100ml, 20 Gm/200ml, 30 Gm/300ml, 5 Gm/50ml                                   |                     | Se añade al formulario, Nivel 6, PA | Se añade de marca | 05/06/2025                      | N/A                     | N/A                 |
| Gammaked Injection Solution 1 Gm/10ml, 10 Gm/100ml, 20 Gm/200ml, 5 Gm/50ml                                                 |                     | Se añade al formulario, Nivel 6, PA | Se añade de marca | 05/06/2025                      | N/A                     | N/A                 |
| Gammaplex Intravenous Solution 20 Gm/400ml, 5 Gm/100ml                                                                     |                     | Se añade al formulario, Nivel 6, PA | Se añade de marca | 05/06/2025                      | N/A                     | N/A                 |

Rev. 06/2025



| Medicamento Afectado                                                                                                                      | Referencia de Marca | Descripción del Cambio              | Razón del Cambio  | Fecha de Efectividad del Cambio | Medicamento Alternativo | Nivel (Alternativa) |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------------------------------|-------------------|---------------------------------|-------------------------|---------------------|
| Gamunex-C Injection Solution 1 Gm/10ml, 10 Gm/100ml, 2.5 Gm/25ml, 20 Gm/200ml, 40 Gm/400ml, 5 Gm/50ml                                     |                     | Se añade al formulario, Nivel 6, PA | Se añade de marca | 05/06/2025                      | N/A                     | N/A                 |
| Octagam Intravenous Solution 1 Gm/20ml, 10 Gm/100ml, 10 Gm/200ml, 2 Gm/20ml, 2.5 Gm/50ml, 20 Gm/200ml, 30 Gm/300ml, 5 Gm/100ml, 5 Gm/50ml |                     | Se añade al formulario, Nivel 6, PA | Se añade de marca | 05/06/2025                      | N/A                     | N/A                 |
| Panzyga Intravenous Solution 1 Gm/10ml, 10 Gm/100ml, 2.5 Gm/25ml, 20 Gm/200ml, 30 Gm/300ml, 5 Gm/50ml                                     |                     | Se añade al formulario, Nivel 6, PA | Se añade de marca | 05/06/2025                      | N/A                     | N/A                 |
| Privigen Intravenous Solution 10 Gm/100ml, 20 Gm/200ml, 40 Gm/400ml, 5 Gm/50ml                                                            |                     | Se añade al formulario, Nivel 6, PA | Se añade de marca | 05/06/2025                      | N/A                     | N/A                 |

Rev. 06/2025



| Medicamento Afectado                                                               | Referencia de Marca | Descripción del Cambio                  | Razón del Cambio  | Fecha de Efectividad del Cambio | Medicamento Alternativo | Nivel (Alternativa) |
|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------------------------------|-------------------|---------------------------------|-------------------------|---------------------|
| Cyclophosphamide Oral Tablet 25 Mg, 50 Mg                                          |                     | Se añade al formulario, Nivel 2, PA     | Se añade genérico | 05/06/2025                      | N/A                     | N/A                 |
| Ticagrelor Tablet 90 MG Oral                                                       |                     | Se añade al formulario, Nivel 2         | Se añade genérico | 07/01/2025                      | N/A                     | N/A                 |
| Paxlovid Tablet Therapy Pack 6 x 150 MG & 5 x 100MG Oral                           |                     | Se añade al formulario, Nivel 2, QL     | Se añade de marca | 07/01/2025                      | N/A                     | N/A                 |
| Simlandi (1 Pen) Auto-Injector Kit 80 MG/0.8ML Subcutaneous                        |                     | Se añade al formulario, Nivel 5, PA, QL | Se añade de marca | 07/01/2025                      | N/A                     | N/A                 |
| Amnesteem Capsule 30 MG Oral                                                       |                     | Se añade al formulario, Nivel 2         | Se añade genérico | 07/01/2025                      | N/A                     | N/A                 |
| Umeclidinium-Vilanterol Aerosol Powder Breath Activated 62.5-25 MCG/ACT Inhalation |                     | Se añade al formulario, Nivel 2, QL     | Se añade genérico | 07/01/2025                      | N/A                     | N/A                 |
| Cortrophin Gel 80 UNIT/ML Injection                                                |                     | Se añade al formulario, Nivel 5, PA     | Se añade de marca | 07/01/2025                      | N/A                     | N/A                 |

Rev. 06/2025



| Medicamento Afectado                                                                  | Referencia de Marca | Descripción del Cambio    | Razón del Cambio | Fecha de Efectividad del Cambio | Medicamento Alternativo | Nivel (Alternativa) |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------|------------------|---------------------------------|-------------------------|---------------------|
| Austedo XR Patient Titration Tablet Extended Release Therapy Pack 6 & 12 & 24 MG Oral |                     | Se remueve del formulario | Removido por CMS | 07/01/2025                      | N/A                     | N/A                 |

Aplica a: MMM Alianza Relax, MMM Alianza Valor, MMM Alianza Mas, MMM Alianza Flex, MMM Alianza Somos, MMM Alianza UPR Grande, MMM Alianza UPR Cash, MMM Alianza UPR Dinámico.



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. 06/2025