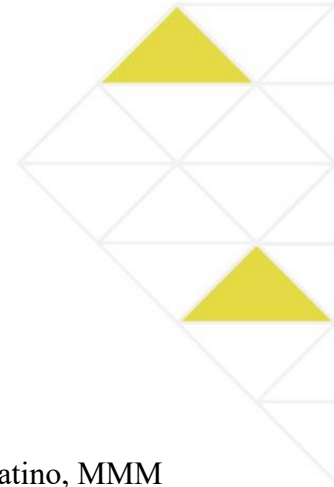




ACTUALIZACION DE CAMBIOS AL FORMULARIO 2026

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

Aplica a: MMM Diamante Platino, MMM Combo Platino, MMM Dorado Platino, MMM Relax Platino, PMC Premier Platino, MMM Flexi Platino.

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. 01/2026



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, 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, 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, MT	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, MT	Se añade genérico	02/01/2026	N/A	N/A
Fidaxomicin Oral Tablet 200 Mg	DIFICID	Se añade al formulario, ST-1	Se añade genérico	02/01/2026	N/A	N/A

Rev. 01/2026



Medicamento Afectado	Referencia de Marca	Descripción del Cambio	Razón del Cambio	Fecha de Efectividad del Cambio	Medicamento Alternativo	Nivel (Alternativa)
Glycerol Phenylbutyrate Oral Liquid 1.1 Gm/MI	RAVICTI	Se añade al formulario, PA-1	Se añade genérico	02/01/2026	N/A	N/A
Brukinsa Oral Tablet 160 Mg		Se añade al formulario, 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, 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, PA-2, QL (56 EA per 28 days), LA	Se añade de marca	02/01/2026	N/A	N/A
Luizza 1.5/30 Oral Tablet 1.5-30 Mg-Mcg		Se añade al formulario, 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, MT	Se añade de marca	02/01/2026	N/A	N/A

Rev. 01/2026



Medicamento Afectado	Referencia de Marca	Descripción del Cambio	Razón del Cambio	Fecha de Efectividad del Cambio	Medicamento Alternativo	Nivel (Alternativa)
Otezla Xr Oral Tablet Extended Release 24 Hour 75 Mg		Se añade al formulario, 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, 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	Se añade de marca	02/01/2026	N/A	N/A
Valtva 1/35 Oral Tablet 1-35 Mg-Mcg		Se añade al formulario, MT	Se añade de marca	02/01/2026	N/A	N/A
Escitalopram Oxalate Oral Capsule 15 Mg		Se añade al formulario, QL (30 EA per 30 days), MT	Se añade genérico	02/01/2026	N/A	N/A
Lomustine Oral Capsule 10 Mg, 40 Mg, 100 Mg	GLEOSTINE	Se añade al formulario, PA-2	Se añade genérico	02/01/2026	N/A	N/A
Endocet Oral Tablet 5-325 Mg		Se remueve del formulario	Removido por CMS	02/01/2026	N/A	N/A

Rev. 01/2026



Medicamento Afectado	Referencia de Marca	Descripción del Cambio	Razón del Cambio	Fecha de Efectividad del Cambio	Medicamento Alternativo	Nivel (Alternativa)
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 STATDOSE REFILL	Se remueve del formulario	Removido por CMS	02/01/2026	N/A	N/A
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)	N/A
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)	N/A

Rev. 01/2026



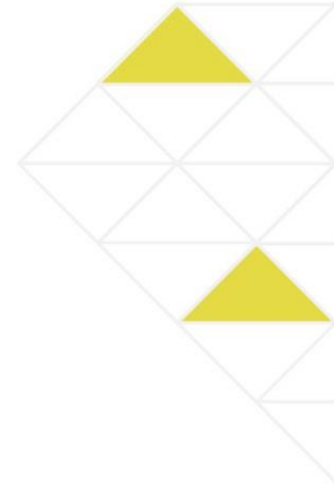
Medicamento Afectado	Referencia de Marca	Descripción del Cambio	Razón del Cambio	Fecha de Efectividad del Cambio	Medicamento Alternativo	Nivel (Alternativa)
Rytary Oral Capsule Extended Release 23.75-95 Mg, 36.25-145 Mg, 48.75-195 Mg, 61.25-245 Mg		Se remueve del formulario	Se remueve de marca, se añade 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	N/A
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	N/A
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	N/A
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	N/A
Gleostine Oral Capsule 10 Mg, 40 Mg, 100 Mg		Se remueve del formulario	Se remueve de marca, se añade genérico	02/01/2026	Lomustine Oral Capsule 10 Mg, 40 Mg, 100 Mg, PA-2	N/A

Rev. 01/2026



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. 01/2026