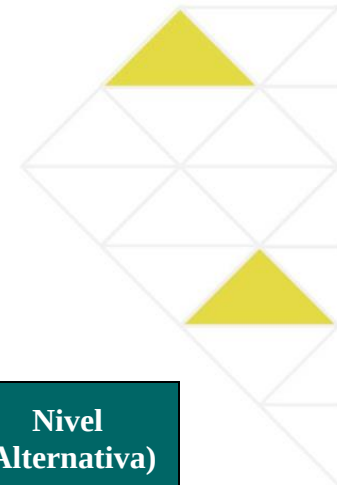




ACTUALIZACION DE CAMBIOS AL FORMULARIO 2025:

El siguiente resumen describe los cambios al formulario de la Parte D efectivos desde Mayo a Junio 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. 05/2025

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. 05/2025



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. 05/2025



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. 05/2025



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. 05/2025



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. 05/2025



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. 05/2025



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. 05/2025



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

Rev. 05/2025



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

Rev. 05/2025

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

Rev. 05/2025



Medicamento Afectado	Referencia de Marca	Descripción del Cambio	Razón del Cambio	Fecha de Efectividad del Cambio	Medicamento Alternativo	Nivel (Alternativa)
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
Amoxicillin-Pot Clavulanate Oral Tablet 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

Rev. 05/2025

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

Rev. 05/2025



Medicamento Afectado	Referencia de Marca	Descripción del Cambio	Razón del Cambio	Fecha de Efectividad del Cambio	Medicamento Alternativo	Nivel (Alternativa)
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
Miebo Ophthalmic Solution 1.338 Gm/ML		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

Rev. 05/2025



Medicamento Afectado	Referencia de Marca	Descripción del Cambio	Razón del Cambio	Fecha de Efectividad del Cambio	Medicamento Alternativo	Nivel (Alternativa)
Xolair Subcutaneous Solution Auto-Injector 150 Mg/ML, 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/ML, 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 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

Rev. 05/2025



Medicamento Afectado	Referencia de Marca	Descripción del Cambio	Razón del Cambio	Fecha de Efectividad del Cambio	Medicamento Alternativo	Nivel (Alternativa)
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
Asceniv Intravenous Solution 5 Gm/50ml		Se añade al formulario, Nivel 6, PA	Se añade de marca	05/06/2025	N/A	N/A
Babybig Intravenous Solution Reconstituted 100 Mg		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
Cnj-016 Intravenous Solution 50000 Unit/Vial		Se añade al formulario, Nivel 6, PA	Se añade de marca	05/06/2025	N/A	N/A
Cutaquig Subcutaneous Solution 1 Gm/6ml, 1.65 Gm/10ml, 2 Gm/12ml, 3.3 Gm/20ml, 4 Gm/24ml, 8 Gm/48ml		Se añade al formulario, Nivel 6, PA	Se añade de marca	05/06/2025	N/A	N/A

Rev. 05/2025



Medicamento Afectado	Referencia de Marca	Descripción del Cambio	Razón del Cambio	Fecha de Efectividad del Cambio	Medicamento Alternativo	Nivel (Alternativa)
Cuvitru Subcutaneous Solution 1 Gm/5ml, 10 Gm/50ml, 2 Gm/10ml, 4 Gm/20ml, 8 Gm/40ml		Se añade al formulario, Nivel 6, PA	Se añade de marca	05/06/2025	N/A	N/A
Cytogam Intravenous Solution 50 Mg/ML		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
Gamastan Intramuscular Injectable		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

Rev. 05/2025



Medicamento Afectado	Referencia de Marca	Descripción del Cambio	Razón del Cambio	Fecha de Efectividad del Cambio	Medicamento Alternativo	Nivel (Alternativa)
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
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
Hepagam B Injection Solution 312 Unit/MI		Se añade al formulario, Nivel 6, PA	Se añade de marca	05/06/2025	N/A	N/A
Hizentra Subcutaneous Solution 1 Gm/5ml, 10 Gm/50ml, 2 Gm/10ml, 4 Gm/20ml		Se añade al formulario, Nivel 6, PA	Se añade de marca	05/06/2025	N/A	N/A
Hizentra Subcutaneous Solution Prefilled Syringe 1 Gm/5ml, 10 Gm/50ml, 2 Gm/10ml, 4 Gm/20ml		Se añade al formulario, Nivel 6, PA	Se añade de marca	05/06/2025	N/A	N/A
Hyperhep B Intramuscular Solution 220 Unit/MI		Se añade al formulario, Nivel 6, PA	Se añade de marca	05/06/2025	N/A	N/A
Hyperhep B Intramuscular Solution Prefilled Syringe 110 Unit/0.5ml		Se añade al formulario, Nivel 6, PA	Se añade de marca	05/06/2025	N/A	N/A

Rev. 05/2025



Medicamento Afectado	Referencia de Marca	Descripción del Cambio	Razón del Cambio	Fecha de Efectividad del Cambio	Medicamento Alternativo	Nivel (Alternativa)
Hyperrab Injection Solution 1500 Unit/5ml, 300 Unit/ML, 900 Unit/3ml		Se añade al formulario, Nivel 6, PA	Se añade de marca	05/06/2025	N/A	N/A
Hyperrho S/D Intramuscular Solution Prefilled Syringe 1500 Unit, 250 Unit		Se añade al formulario, Nivel 6, PA	Se añade de marca	05/06/2025	N/A	N/A
Hypertet Intramuscular Solution Prefilled Syringe 250 Unit/ML		Se añade al formulario, Nivel 6, PA	Se añade de marca	05/06/2025	N/A	N/A
Imogam Rabies-Ht Injection Solution 300 Unit/2ml		Se añade al formulario, Nivel 6, PA	Se añade de marca	05/06/2025	N/A	N/A
Kedrab Injection Solution 1500 Unit/10ml		Se añade al formulario, Nivel 6, PA	Se añade de marca	05/06/2025	N/A	N/A
Kedrab Injection Solution 300 Unit/2ml		Se añade al formulario, Nivel 6, PA	Se añade de marca	05/06/2025	N/A	N/A
Micrhogam Ultra-Filtered Plus Intramuscular Solution Prefilled Syringe 250 Unit		Se añade al formulario, Nivel 6, PA	Se añade de marca	05/06/2025	N/A	N/A

Rev. 05/2025

Medicamento Afectado	Referencia de Marca	Descripción del Cambio	Razón del Cambio	Fecha de Efectividad del Cambio	Medicamento Alternativo	Nivel (Alternativa)
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
Rhogam Ultra-Filtered Plus Intramuscular Solution Prefilled Syringe 1500 Unit		Se añade al formulario, Nivel 6, PA	Se añade de marca	05/06/2025	N/A	N/A
Rhophylac Injection Solution Prefilled Syringe 1500 Unit/2ml		Se añade al formulario, Nivel 6, PA	Se añade de marca	05/06/2025	N/A	N/A

Rev. 05/2025

Medicamento Afectado	Referencia de Marca	Descripción del Cambio	Razón del Cambio	Fecha de Efectividad del Cambio	Medicamento Alternativo	Nivel (Alternativa)
Varizig Intramuscular Solution 125 Unit/1.2ml		Se añade al formulario, Nivel 6, PA	Se añade de marca	05/06/2025	N/A	N/A
Winrho Sdf Injection Solution 1500 Unit/1.3ml, 15000 Unit/13ml, 2500 Unit/2.2ml, 5000 Unit/4.4ml		Se añade al formulario, Nivel 6, PA	Se añade de marca	05/06/2025	N/A	N/A
Xembify Subcutaneous Solution 1 Gm/5ml, 10 Gm/50ml, 2 Gm/10ml, 4 Gm/20ml		Se añade al formulario, Nivel 6, PA	Se añade de marca	05/06/2025	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. 05/2025



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. 05/2025