



Agosto de 2026

Cambios al Formulario de Medicamentos Plus

En Blue Shield of California tenemos el compromiso de brindarles acceso a medicamentos seguros, efectivos y económicos a nuestros miembros. Por eso, revisamos y actualizamos nuestros formularios de medicamentos cuatro veces al año. Nuestro Pharmacy and Therapeutics Committee (P&T, Comité de Farmacia y Terapéutica) es el que se encarga de hacer los cambios y está formado por un grupo de médicos y farmacéuticos en ejercicio.

Los cambios que le hacemos a nuestro formulario tienen que ver con estas cuestiones:

- Nuevas pautas clínicas
- Nueva información brindada por los principales expertos médicos
- Actualizaciones de la Food and Drug Administration (FDA, Administración de Alimentos y Medicamentos)
- Literatura médica reciente

A continuación, podrá consultar los cambios del Comité P&T al *Formulario de Medicamentos Plus* a partir de septiembre de 2026. Visite nuestro sitio web para [descargar una copia](#) del *Formulario de Medicamentos Plus*.

Los medicamentos incluidos en las listas que siguen se usan según las indicaciones aprobadas por la FDA, pero también pueden usarse para tratar otros problemas de salud.

1. Medicamentos agregados al formulario		
Medicamento	Indicación o indicaciones de la FDA	Restricción o restricciones de cobertura
Brkinsa ¹	Linfoma de células del manto, macroglobulinemia de Waldenstrom, linfoma de la zona marginal, leucemia linfocítica crónica, linfoma linfocítico de células pequeñas, linfoma folicular	Autorización previa, límite de cantidad
Erivedge ¹	Carcinoma de células basales	Autorización previa, límite de cantidad

1. Medicamentos agregados al formulario

Medicamento	Indicación o indicaciones de la FDA	Restricción o restricciones de cobertura
Lenvima ¹	Cáncer de tiroides, carcinoma de células renales, carcinoma hepatocelular, carcinoma endometrial	Autorización previa, límite de cantidad
dapagliflozina-saxagliptina (Qtern) ¹	Diabetes de tipo 2	Autorización previa, límite de cantidad
comprimidos de glipizida de 15 mg		Límite de cantidad
sitagliptina (Januvia)		Tratamiento escalonado, límite de cantidad
sitagliptina-metformina (Janumet, Janumet XR)		
comprimidos de Ozempic	Diabetes de tipo 2, eventos cardiovasculares adversos mayores	Autorización previa, límite de cantidad
comprimidos de clonidina de 0.05 mg	Hipertensión	Límite de cantidad
grageas de mirabegrón para suspensión oral (Myrbetriq)	Hiperactividad neurógena del detrusor	Autorización previa, límite de cantidad
tacrolimus (Astagraf XL)	Prevención del rechazo en el trasplante de riñón	

1. Se aplica a planes con derechos adquiridos (en inglés, grandfathered plans)

2. Medicamentos del formulario con cambios de nivel y/o en la restricción de cobertura

Medicamento	Indicación o indicaciones de la FDA	Restricción o restricciones de cobertura	Nuevo nivel
comprimidos de hiclato de doxiciclina de 75 mg	Infección bacteriana	Se elimina la autorización previa	Sigue en el Nivel 1
miconazol-óxido de zinc-petrolato (Vusion)	Dermatitis del pañal con candidiasis	Se elimina el tratamiento escalonado, se agrega la autorización previa	Nivel 1
Vusion			Nivel 3
Ertaczo	Pie de atleta	Límite de cantidad, se elimina el tratamiento escalonado, se agrega la autorización previa	Sigue en el Nivel 3 ¹ , sigue en el Nivel 4 ²

2. Medicamentos del formulario con cambios de nivel y/o en la restricción de cobertura

Medicamento	Indicación o indicaciones de la FDA	Restricción o restricciones de cobertura	Nuevo nivel
loción al 1 % Oxistat	Pie de atleta, tiña inguinal, tiña del cuerpo	Se elimina el tratamiento escalonado, se agregan la autorización previa y el límite de cantidad	Sigue en el Nivel 3 ¹ , sigue en el Nivel 4 ²
crema de clorhidrato de naftifina al 1 % y 2 % (Naftin)	Pie de atleta, tiña inguinal, tiña del cuerpo	Tratamiento escalonado	Nivel 1 ²
tavaborol (Kerydin)	Onicomycosis de las uñas de los pies	Se elimina la autorización previa	Sigue en el Nivel 1 ¹ , Nivel 1 ²
Januvia	Diabetes de tipo 2	Tratamiento escalonado, límite de cantidad	Nivel 3 ³
Janumet, Janumet XR			
comprimidos de clorhidrato de metformina de liberación prolongada (modificada) (Glumetza)		Límite de cantidad, se elimina la autorización previa	Sigue en el Nivel 1 ¹ , sigue en el Nivel 3 ²
comprimidos de clorhidrato de metformina de liberación prolongada (osmótica) (Fortamet)		Se elimina la autorización previa	Sigue en el Nivel 1 ¹ , sigue en el Nivel 2 ²
dapagliflozina (Farxiga)	Diabetes de tipo 2, enfermedad renal crónica, insuficiencia cardíaca	Tratamiento escalonado, límite de cantidad	Nivel 1 ²
dapagliflozina y metformina base (Xigduo XR)			
azilsartán medoxomilo (Edarbi)	Hipertensión	Tratamiento escalonado, límite de cantidad	Nivel 1 ¹ , Nivel 2 ²
Ungüento al 2 % Nitro-bid en caja	Angina de pecho crónica		Nivel 1 ¹
esomeprazol magnésico de 2.5 mg, 5 mg y 10 mg en polvo en sobres (Nexium)	Esofagitis erosiva, enfermedad por reflujo gastroesofágico	Límite de cantidad, se elimina la autorización previa o el tratamiento escalonado	Sigue en el Nivel 1 ¹ , sigue en el Nivel 2 ²
Nexium de 2.5 mg, 5 mg y 10 mg en polvo en sobres			Sigue en el Nivel 3

2. Medicamentos del formulario con cambios de nivel y/o en la restricción de cobertura

Medicamento	Indicación o indicaciones de la FDA	Restricción o restricciones de cobertura	Nuevo nivel
Xeljanz, Xeljanz XR	Artritis reumatoide, artritis psoriásica, espondilitis anquilosante, artritis idiopática juvenil poliarticular, colitis ulcerosa	Autorización previa, límite de cantidad	Nivel 3 ^{1,3}

solución oftálmica de bimatoprost al 0.03 %	Glaucoma	Límite de cantidad, se elimina el tratamiento escalonado	Sigue en el Nivel 1
solución oftálmica de travoprost al 0.004 % libre de cloruro de benzalconio			Sigue en el Nivel 1 ¹ , sigue en el Nivel 2 ²
Travatan Z			Sigue en el Nivel 3
aerosol de dipropionato de beclometasona (Qvar HFA)	Asma	Límite de cantidad, se elimina la autorización previa, se agrega el tratamiento escalonado	Sigue en el Nivel 1 ¹ , sigue en el Nivel 3 ²
polvo de propionato de fluticasona para inhalar (Flovent Diskus)			Sigue en el Nivel 3
aerosol de propionato de fluticasona (Flovent HFA)			Sigue en el Nivel 3
polvo de furoato de fluticasona para inhalar con dispositivo Ellipta (Arnuity Ellipta)			Sigue en el Nivel 3

1. Se aplica a planes con derechos adquiridos (en inglés, grandfathered plans)

2. No se aplica a planes con derechos adquiridos (en inglés, grandfathered plans)

3. Válido desde el: 1/11/2026

3. Medicamentos agregados al nivel especializado (Nivel 4)

Medicamento especializado	Indicación o indicaciones de la FDA	Restricción o restricciones de cobertura
Armlupeg	Neutropenia inducida por quimioterapia, síndrome de irradiación aguda	Autorización previa
Filkri	Neutropenia inducida por quimioterapia, síndrome de irradiación aguda, neutropenia, movilización de células madre de la sangre periférica	Autorización previa
bosutinib (Bosulif)	Leucemia mieloide crónica	Autorización previa, límite de cantidad
Cavhanza	Leucemia mieloide crónica con cromosoma Filadelfia positivo	Autorización previa, límite de cantidad
Jakafi XR	Mielofibrosis, policitemia vera, enfermedad de injerto contra huésped	Autorización previa, límite de cantidad
Veppanu	Cáncer de seno	Autorización previa, límite de cantidad
yulithira	Cáncer de seno, tumores neuroendocrinos progresivos, cáncer de células renales, angiomiolipoma renal, complejo de esclerosis tuberosa	Autorización previa, límite de cantidad
Azentra ²	Vitamina prenatal	Autorización previa, límite de cantidad
Novyra ²		
Prenova ²		
Prenyra ²		
solución oral de ácido fólico (Quiofic) ²	Deficiencia de ácido fólico	Autorización previa, límite de cantidad
Quiofic ²		
solución oral de atomoxetina (Atoncy) ²	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad	Autorización previa, límite de cantidad
Auvelity Titration Pack ²	Enfermedad de Alzheimer	Autorización previa, límite de cantidad
Baxfendy ²	Hipertensión	Autorización previa, límite de cantidad
Dexlyt ²	Diagnósticos sensibles a corticosteroides	Autorización previa, límite de cantidad
Hepcludex	Virus de la hepatitis D	Autorización previa, límite de cantidad

3. Medicamentos agregados al nivel especializado (Nivel 4)

Medicamento especializado	Indicación o indicaciones de la FDA	Restricción o restricciones de cobertura
Lynavoy	Prurito colestásico asociado a la colangitis biliar primaria	Autorización previa, límite de cantidad
macitentan (Opsumit)	Hipertensión arterial pulmonar	Autorización previa, límite de cantidad
Nereus ²	Prevención de los vómitos causados por mareos por movimiento	Autorización previa, límite de cantidad
citrato de tofacitinib (Xeljanz, Xeljanz XR)	Artritis reumatoide, artritis psoriásica, espondilitis anquilosante, artritis idiopática juvenil poliarticular, colitis ulcerosa	Autorización previa, límite de cantidad
Xocova	Profilaxis posexposición al COVID-19	Límite de edad, límite de cantidad

2. No se aplica a planes con derechos adquiridos (en inglés, grandfathered plans)

blueshioldca.com

Última actualización: agosto de 2026

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association

A56972XLB-SP_0826