



Agosto de 2026

## Cambios al Formulario de Medicamentos Standard

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 Standard* a partir de septiembre de 2026. Visite nuestro sitio web para [descargar una copia](#) del *Formulario de Medicamentos Standard*.

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 | Nivel   |
| comprimidos de hiclato de doxiciclina de 75 mg | Infección bacteriana                | Límite de cantidad                       | Nivel 2 |
| tavaborol (Kerydin)                            | Onicomiosis de las uñas de los pies | Límite de cantidad                       | Nivel 1 |
| solución oftálmica de bimatoprost al 0.03 %    | Glaucoma                            | Límite de cantidad                       | Nivel 2 |
| Xiidra                                         | Enfermedad del ojo seco             | Límite de cantidad                       | Nivel 2 |

## 1. Medicamentos agregados al formulario

| Medicamento                                                               | Indicación o indicaciones de la FDA                           | Restricción o restricciones de cobertura   | Nivel   |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|---------|
| comprimidos de glipizida de 15 mg                                         | Diabetes de tipo 2                                            | Límite de cantidad                         | Nivel 1 |
| 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    | Nivel 2 |
| comprimidos de clonidina de 0.05 mg                                       | Hipertensión                                                  | Límite de cantidad                         | Nivel 2 |
| 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                         | Nivel 2 |
| pantoprazol sódico de 40 mg en polvo para suspensión (Protonix)           | Esofagitis erosiva, enfermedades hipersecretoras              | Límite de cantidad                         | Nivel 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 |
|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------|
| dapagliflozina (Farxiga)                                                                 | Diabetes de tipo 2, enfermedad renal crónica, insuficiencia cardíaca | Tratamiento escalonado, límite de cantidad               | Nivel 1     |
| dapagliflozina y metformina base (Xigduo XR)                                             |                                                                      |                                                          |             |
| Nitro-bid                                                                                | Angina de pecho crónica                                              |                                                          | Nivel 2     |
| solución oftálmica de travoprost al 0.004 % libre de cloruro de benzalconio (Travatan Z) | Glaucoma                                                             | Límite de cantidad, se elimina el tratamiento escalonado | Nivel 2     |

### 3. Medicamentos agregados al nivel especializado (Nivel 4)

| Medicamento especializado                    | Indicación o indicaciones de la FDA                                                                                                                                                   | Restricción o restricciones de cobertura |
|----------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| Haegarda                                     | Prevención de ataques de angioedema hereditario                                                                                                                                       | Autorización previa                      |
| Takhzyro                                     |                                                                                                                                                                                       |                                          |
| Jakafi XR                                    | Mielofibrosis, policitemia vera, enfermedad de injerto contra huésped                                                                                                                 | Autorización previa, límite de cantidad  |
| Brukina                                      | 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                                     | Carcinoma de células basales                                                                                                                                                          | Autorización previa, límite de cantidad  |
| Lenvima                                      | Cáncer de tiroides, carcinoma de células renales, carcinoma hepatocelular, carcinoma endometrial                                                                                      | 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  |
| macitentan (Opsumit)                         | Hipertensión arterial pulmonar                                                                                                                                                        | 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  |

### 4. Medicamentos eliminados del formulario

**Medicamentos de marca eliminados del formulario a partir de noviembre de 2026 porque hay un medicamento genérico disponible. El medicamento genérico se ha agregado al formulario.**

| Medicamento         | Indicación o indicaciones de la FDA | Alternativa o alternativas |
|---------------------|-------------------------------------|----------------------------|
| Januvia             | Diabetes de tipo 2                  | sitagliptina               |
| Janumet, Janumet XR |                                     | sitagliptina-metformina    |

#### 4. Medicamentos eliminados del formulario

Medicamentos de marca eliminados del formulario a partir de noviembre de 2026 porque hay un medicamento genérico disponible. El medicamento genérico se ha agregado al formulario.

| Medicamento                                    | Indicación o indicaciones de la FDA                                                                                              | Alternativa o alternativas |
|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Xeljanz <sup>1</sup> , Xeljanz XR <sup>1</sup> | Artritis reumatoide, artritis psoriásica, espondilitis anquilosante, artritis idiopática juvenil poliarticular, colitis ulcerosa | citrato de tofacitinib     |
| Opsumit <sup>1</sup>                           | Hipertensión arterial pulmonar                                                                                                   | macitentan                 |

1. Los medicamentos que no estén en el formulario y que cumplan con la descripción del Nivel 4 exigen una excepción por necesidad médica para que se cubran con el costo compartido de ese nivel

Última actualización: agosto de 2026

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

A56973XLB-SP\_0826