



Febrero 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 **marzo 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
comprimidos de cefixima de 400 mg (Suprax)	Infección bacteriana	
enjuague bucal de gluconato de clorhexidina al 0.12 % (Peridex)	Gingivitis	
Periogard		
suspensión ótica de ciprofloxacina-hidro cortisona al 0.2-1 % (Cipro HC)	Otitis externa aguda	Tratamiento escalonado
comprimidos de estrógenos conjugados (Premarin)	Síntomas vasomotores, atrofia vulvovaginal, hipoestrogenismo, cáncer de seno, cáncer de próstata, osteoporosis posmenopáusica	
Cryselle	Anticonceptivo	
Evexithroid	Hipotiroidismo, bocio eutiroideo	

1. Medicamentos agregados al formulario

Medicamento	Indicación o indicaciones de la FDA	Restricción o restricciones de cobertura
comprimidos de gabapentina (Gralise)	Neuralgia posherpética	Autorización previa, límite de cantidad
suspensión oral de perampanel (Fycompa) ¹	Convulsiones de inicio parcial, convulsiones tónico-clónicas	Tratamiento escalonado, límite de cantidad

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 anfetamina de dispersión oral de liberación prolongada (Adzenys XR-ODT) ¹	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad	Autorización previa, límite de edad	Nivel 1
fosfato sódico de prednisolona (Orapred ODT) ^{1,3}	Enfermedades sensibles a corticosteroides	Autorización previa	Nivel 2

¹ Se aplica a planes con derechos adquiridos (en inglés, grandfathered plans); ³ Válido desde: octubre de 2025

3. Medicamentos agregados al nivel especializado (Nivel 4)

Medicamento especializado	Indicación o indicaciones de la FDA	Restricción o restricciones de cobertura
adalimumab-bwwd (Hadlima)	Artritis reumatoide, artritis idiopática juvenil poliarticular, artritis psoriásica, espondilitis anquilosante, psoriasis en placas, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, hidradenitis supurativa, uveítis	Autorización previa, límite de cantidad
Aqvesme	talasemia alfa, talasemia beta	Autorización previa, límite de cantidad
Cardamyst ²	Taquicardia supraventricular paroxística	Autorización previa, límite de cantidad
cladribina (Mavenclad)	Esclerosis múltiple	Autorización previa, límite de cantidad
fenilbutirato de glicerol (Ravicti)	Trastornos del ciclo de la urea	Autorización previa, límite de cantidad
Hyrnuo	Cáncer de pulmón de células no pequeñas	Autorización previa, límite de cantidad
Jascayd	Fibrosis pulmonar idiopática	Autorización previa, límite de cantidad
Jyathari	Distrofia muscular de Duchenne	Autorización previa, límite de cantidad
Kymbee		

3. Medicamentos agregados al nivel especializado (Nivel 4)

Medicamento especializado	Indicación o indicaciones de la FDA	Restricción o restricciones de cobertura
Komzifti	Leucemia mieloide aguda	Autorización previa, límite de cantidad
Koselugo Sprinkle	Neurofibromas plexiformes	Autorización previa, límite de cantidad
Lasix ONYU	Insuficiencia cardíaca crónica	Autorización previa, límite de cantidad
Iomustina (Gleostine)	Metástasis cerebrales, linfoma de Hodgkin, glioma maligno	
Lynkuet ²	Síntomas vasomotores	Autorización previa, límite de cantidad
Redemplo	Síndrome de quilomicronemia familiar	Autorización previa, límite de cantidad
ampolla de Selarsdi de 45 mg	Psoriasis en placas, artritis psoriásica, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa	Autorización previa, límite de cantidad
suspensión oral Subvenite ²	Convulsiones de inicio parcial, convulsiones tónico-clónicas, trastorno bipolar, síndrome de Lennox-Gastaut	Autorización previa, límite de cantidad
Voyact	Nefropatía primaria por inmunoglobulina A	Autorización previa, límite de cantidad
crema al 0.05 % Zoryve ²	Dermatitis atópica	Autorización previa, límite de cantidad

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

4. Medicamentos de marca eliminados del formulario a partir del 1 de mayo de 2026. Los medicamentos genéricos equivalentes ahora están disponibles y se incluyen en el formulario.

Medicamento	Indicación o indicaciones de la FDA	Alternativa o alternativas
Gleostine ¹	Metástasis cerebrales, linfoma de Hodgkin, glioma maligno	Iomustina

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

5. Medicamentos que dejan de tener cobertura porque no están aprobados por la FDA

Medicamento
Sulfamez Wash