



Noviembre de 2025

# Cambios al Formulario de Medicamentos Plus: Parte 1

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 **diciembre de 2025**. 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
cápsulas de Eliquis con gránulos dispersables, comprimidos de Eliquis para suspensión	Tromboembolia venosa	Límite de cantidad
emulsión oftálmica vial de dosis única de ciclosporina al 0.05 % (Restasis)	Síndrome del ojo seco	Límite de cantidad
insulina glargina-yfgn ( <i>de CivicaScript</i> )	Diabetes	Límite de cantidad
Liomny	Hipotiroidismo, cáncer tiroideo, prueba de supresión tiroidea	
MiloPhene	Esterilidad	

## 1. Medicamentos agregados al formulario

Medicamento	Indicación o indicaciones de la FDA	Restricción o restricciones de cobertura
óvulo vaginal de progesterona de 100 mg (Endometrin)		Autorización previa
Luizza	Anticonceptivo	
Orquidea		
Valtya		
comprimidos de fidaxomicina de 200 mg (Dificid)	Diarrea causada por la bacteria clostridioides difficile	Autorización previa, límite de cantidad
liraglutida (Saxenda) <sup>1</sup>	Control del peso	Autorización previa, límite de cantidad
solución oftálmica de pilocarpina (Vuity)	Presbicia	Autorización previa, límite de cantidad

1. Se aplica a planes con derechos adquiridos (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	Nivel nuevo
cápsulas de dabigatrán de 75 mg, 110 mg, 150 mg (Pradaxa)	Fibrilación auricular, trombosis venosa profunda, embolia pulmonar, tromboembolia venosa	Límite de cantidad, se elimina la autorización previa	Nivel 1 <sup>2</sup> Sigue en el Nivel 1 <sup>1</sup>
Pradaxa			Sigue en el Nivel 3
bromhidrato de darifenacina (Enablex)	Vejiga hiperactiva	Límite de cantidad, se elimina el tratamiento escalonado	Sigue en el Nivel 1
Enablex			Sigue en el Nivel 3
comprimidos de paliperidona de liberación prolongada (Invega)	Esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo	Límite de cantidad, se elimina la autorización previa	Sigue en el Nivel 1
Invega			Sigue en el Nivel 3
comprimidos de fumarato de quetiapina de liberación prolongada (Seroquel XR)	Esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor	Se elimina el tratamiento escalonado	Sigue en el Nivel 1
Seroquel XR			Sigue en el Nivel 3
Saphris <sup>3</sup>	Esquizofrenia, trastorno bipolar	Límite de cantidad, se elimina el tratamiento escalonado	Sigue en el Nivel 3
solución oral de cloruro de potasio de 20 mEq/15 ml (10 %), 40 mEq/15 ml (20 %)	Hipopotasemia	Se elimina la autorización previa	Nivel 1 <sup>2</sup> Sigue en el Nivel 1 <sup>1</sup>

## 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	Nivel nuevo
Iurasidona (Latuda) <sup>2</sup>	Esquizofrenia, depresión bipolar		Nivel 1
Trulance	Constipación	Se elimina la autorización previa, se agrega un límite de edad	Nivel 2
comprimidos de clorhidrato de venlafaxina de 37.5 mg, 75 mg, 150 mg de liberación prolongada, 24 horas <sup>2</sup>	Depresión, trastorno de ansiedad social	Límite de cantidad	Nivel 1

1. Se aplica a planes con derechos adquiridos (*grandfathered plans*); 2. No se aplica a planes con derechos adquiridos (*grandfathered plans*); 3. Válido desde el 1/1/2025.

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

Medicamento especializado	Indicación o indicaciones de la FDA	Restricción o restricciones de cobertura
Anzupgo	Eccema crónico de las manos	Autorización previa, límite de cantidad
comprimidos de bosentán de 32 mg para suspensión (Tracleer)	Hipertensión arterial pulmonar	Autorización previa, límite de cantidad
Brinsupri	Bronquiectasia no relacionada con fibrosis quística	Autorización previa, límite de cantidad
Blujepa <sup>2</sup>	Infecciones urinarias no complicadas	Autorización previa, límite de cantidad
Orlynvah <sup>2</sup>		
Exxua <sup>2</sup>	Depresión	Autorización previa, límite de cantidad
comprimidos de Brukinsa de 180 mg	Linfoma de células del manto, macroglobulinemia de Waldenström, linfoma de la zona marginal, leucemia linfocítica crónica, leucemia linfocítica de células pequeñas, linfoma no Hodgkin	Autorización previa, límite de cantidad
Hernexeos	Cáncer de pulmón no microcítico	Autorización previa, límite de cantidad
Inluriyo	Cáncer de seno	Autorización previa, límite de cantidad
Modeyso	Glioma	Autorización previa, límite de cantidad
Phyrago	Leucemia mieloide crónica con cromosoma filadelfia positivo, leucemia linfoblástica aguda con cromosoma filadelfia positivo	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
Dawnzera	Prevención de episodios de angioedema hereditario	Autorización previa, límite de cantidad
Doptelet en gránulos dispersables	Trombocitopenia	Autorización previa, límite de cantidad
Egrifta WR	Lipodistrofia	Autorización previa, límite de cantidad
Enbumyst <sup>2</sup>	Edema	Autorización previa, límite de cantidad
Forzinity	Síndrome de Barth	Autorización previa, límite de cantidad
Harliku	Alcaptonuria	Autorización previa, límite de cantidad
Leqembi Iqlik	Enfermedad de Alzheimer	Autorización previa, límite de cantidad
Otezla XR, Otezla/Otezla XR paquete inicial	Artropatía psoriásica, psoriasis en placas, enfermedad de Behçet	Autorización previa, límite de cantidad
Palsonify	Acromegalia	Autorización previa, límite de cantidad
Rhapsido	Urticaria crónica espontánea	Autorización previa, límite de cantidad
Wayrilz	Púrpura trombocitopénica inmunitaria	Autorización previa, límite de cantidad
Sephience	Hiperfenilalaninemia en personas con fenilcetonuria	Autorización previa, límite de cantidad
Zelvysia		
Jaythari	Distrofia muscular de Duchenne	Autorización previa, límite de cantidad
Pyquvi		

1. Se aplica a planes con derechos adquiridos (grandfathered plans); 2. No se aplica a planes con derechos adquiridos (grandfathered plans).

# Cambios al *Formulario de Medicamentos Plus*: Parte 2

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 **enero 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 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	Nivel nuevo
amlodipino, valsartán, hidroclorotiazida (Exforge HCT)	Hipertensión	Tratamiento escalonado, límite de cantidad	Nivel 2 <sup>2</sup> Sigue en el Nivel 1 <sup>1</sup>
Exforge HCT			Sigue en el Nivel 3
comprimidos de fluoxetina de 10 mg, 20 mg <sup>2</sup>	Trastorno disfórico premenstrual	Límite de cantidad	Nivel 2
Mirvaso	Acné rosácea	Autorización previa, límite de cantidad	Nivel 4 <sup>2</sup> Sigue en el Nivel 3 <sup>1</sup>
Prenaissance	Vitaminas prenatales		Nivel 2
solución oftálmica Alphagan P al 0.1 %	Glaucoma		Nivel 3
supositorios Anucort-HC de 25 mg	Hemorroides, proctitis, colitis ulcerosa, criptitis		Nivel 3

## 1. 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	Nivel nuevo
supositorios Anusol-HC de 25 mg <sup>1</sup>	Hemorroides, proctitis, colitis ulcerosa, criptitis	Autorización previa	Nivel 3
Cambia <sup>2</sup>	Migraña aguda	Autorización previa, límite de cantidad	Nivel 4
Elmiron	Cistitis intersticial		Nivel 3
Entresto	Insuficiencia cardíaca	Límite de cantidad	Nivel 3
Epipen, Epipen Jr.	Reacción alérgica	Límite de cantidad	Nivel 3
Fabior <sup>2</sup>	Acné común	Autorización previa, límite de cantidad	Nivel 4
solución tópica de halciononida al 0.1% (Halog) <sup>1</sup>	Dermatosis sensibles a corticosteroides	Autorización previa	Nivel 1
insulina glargina, insulina glargina SoloStar	Diabetes	Autorización previa, límite de cantidad	Nivel 3
comprimidos de Klor-Con de liberación prolongada	Hipopotasemia		Nivel 3
Myrbetriq	Vejiga hiperactiva, hiperactividad neurógena del detrusor	Tratamiento escalonado, límite de cantidad	Nivel 3
comprimidos de Percocet de 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg, 10-325 mg <sup>2</sup>	Dolores	Límite de cantidad	Nivel 4
Spiriva HandiHaler	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	Autorización previa, límite de cantidad	Nivel 3
gel de limpieza de sulfacetamida sódica al 10 %	Dermatitis seborreica, seborrea seca, infección bacteriana	Tratamiento escalonado, límite de cantidad	Nivel 3
suspensión tópica SulfaCleanse 8/4 8 %-4 %	Acné común, acné rosácea, dermatitis seborreica	Tratamiento escalonado	Nivel 3
líquido de sulfacetamida sódica al 9 % y azufre al 4 %			
líquido limpiador de sulfacetamida sódica al 9 % y azufre al 4 %			
suspensión tópica de sulfacetamida sódica al 10 % y azufre al 5 %			
limpiador Avar 10 %-5 %			
limpiador Avar LS 10 %-2 %		Sigue en el Nivel 3	

## 1. 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	Nivel nuevo
crema de sulfacetamida sódica al 10 % y azufre al 2 %	Acné común, acné rosácea, dermatitis seborreica	Tratamiento escalonado	Nivel 3
crema emoliente Avar-E 10 %-5 %			Sigue en el Nivel 3
crema Avar-E LS 10 %-2 %			
crema de sulfacetamida sódica al 9.8 % y azufre al 4.8 %			Nivel 2
loción de sulfacetamida sódica al 9.8 % y azufre al 4.8 %	Acné común, acné rosácea, dermatitis seborreica	Tratamiento escalonado	
espuma SSS 10-5, (sulfacetamida sódica al 10 % y azufre al 5 %)			Nivel 2
toallitas de sulfacetamida sódica al 10 % y azufre al 4 %			Nivel 2
toallitas Sumaxin 10 %-4 %	Acné común, acné rosácea, dermatitis seborreica	Tratamiento escalonado	Nivel 4 <sup>2</sup> Sigue en el Nivel 3 <sup>1</sup>
loción Plexion 9.8 %-4.8 % <sup>2</sup>			Nivel 4
paños de limpieza Plexion 9.8 %-4.8 % <sup>2</sup>			
toallitas Sumaxin 10 %-4 %			Nivel 4 <sup>2</sup> Sigue en el Nivel 3 <sup>1</sup>

1. Se aplica a planes con derechos adquiridos (grandfathered plans); 2. No se aplica a planes con derechos adquiridos (grandfathered plans).

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

Medicamento especializado	Indicación o indicaciones de la FDA	Restricción o restricciones de cobertura
Revcovi	Inmunodeficiencia combinada grave por deficiencia de adenosina desaminasa	Autorización previa

## 3. Medicamentos de marca que se eliminaron del formulario o que se cambiaron al nivel de medicamentos no preferidos. Los medicamentos genéricos equivalentes ya están disponibles y se han agregado al formulario.

Medicamento	Indicación o indicaciones de la FDA	Alternativa o alternativas
Endometrin <sup>4</sup>	Esterilidad	óvulo vaginal de progesterona

4. Válido desde el 1/5/2026.

**4. Medicamentos que dejan de tener cobertura porque hay otro medicamento igual o similar disponible. Se aplican limitaciones a los beneficios.**

Medicamento	Indicación o indicaciones de la FDA	Alternativa o alternativas
Altoprev <sup>2</sup>	Arteriopatía coronaria, ateroesclerosis, hiperlipidemia	lovastatina, atorvastatina, pravastatina, rosuvastatina, simvastatina, cápsulas de fluvastatina
Enstilar <sup>2</sup>	Psoriasis en placas	Solución tópica de calcipotriol y dipropionato de betametasona
Epsolay <sup>2</sup>	Acné rosácea	crema, gel y loción de metronidazol al 0.75 %, gel de metronidazol al 1 %, gel de ácido azelaico al 15 %
solución tópica de halcinonida al 0.1 % (Halog) <sup>2</sup>	Dermatosis sensibles a corticosteroides	solución de fluocinonida al 0.05 %, crema/pomada de dipropionato de betametasona al 0.05 %, crema/pomada de acetónido de triamcinolona al 0.5 %
loción Ala-Scalp 2 % <sup>2</sup>		loción de hidrocortisona al 2.5 %, solución de acetónido de fluocinolona al 0.01 %
loción de hidrocortisona al 2 % <sup>2</sup>		
ibuprofeno y famotidina (Duexis) <sup>2</sup>	Artritis reumatoide, artrosis	comprimidos de ibuprofeno de 800 mg, famotidina
Kristalose, paquetes de 10 g, 20 g en polvo <sup>2</sup>	Constipación	solución oral de lactulosa de 10 g/15 ml
comprimidos de clorhidrato de metformina de liberación prolongada (Glumetza) <sup>2</sup>	Diabetes de tipo 2	comprimidos de metformina de 500 mg o 750 mg de liberación prolongada (Glucophage XR, genérico)
Nityr <sup>2</sup>	Tirosinemia hereditaria tipo 1	cápsulas de nitisinona
cápsulas de omeprazol y bicarbonato de sodio de 40-110 mg (Zegerid) <sup>2</sup>	Úlcera, enfermedad por reflujo gastroesofágico	cápsulas de omeprazol de 40 mg de absorción lenta
comprimidos de pirfenidona de 534 mg <sup>2</sup>	Fibrosis pulmonar idiopática	comprimidos o cápsulas de pirfenidona de 267 mg
Rayos <sup>2</sup>	Trastornos inflamatorios, alérgicos y autoinmunes	prednisona
Soaanz <sup>2</sup>	Edema	comprimidos de torasemida de 20 mg

2. No se aplica a planes con derechos adquiridos (*grandfathered plans*).