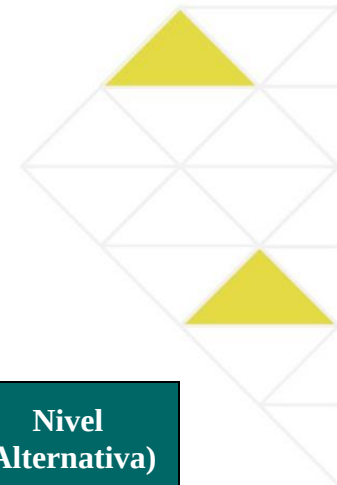




## ACTUALIZACION DE CAMBIOS AL FORMULARIO 2025:

El siguiente resumen describe los cambios al formulario de la Parte D efectivos desde Abril a Mayo 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. 04/2025



| 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                 |
| 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                 |

Rev. 04/2025



| Medicamento Afectado                                           | Referencia de Marca | Descripción del Cambio    | Razón del Cambio | Fecha de Efectividad del Cambio | Medicamento Alternativo | Nivel (Alternativa) |
|----------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------|------------------|---------------------------------|-------------------------|---------------------|
| 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. 04/2025



| 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/Ml) |                     | Se remueve del formulario               | Removido por CMS  | 02/01/2025                      | N/A                     | N/A                 |
| 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/Ml                   |                     | Se añade al formulario, Nivel 6, PA     | Se añade de marca | 03/01/2025                      | N/A                     | N/A                 |
| 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                 |

Rev. 04/2025



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

Rev. 04/2025



| Medicamento Afectado                                                   | Referencia de Marca | Descripción del Cambio          | Razón del Cambio                | Fecha de Efectividad del Cambio | Medicamento Alternativo | Nivel (Alternativa) |
|------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|-------------------------|---------------------|
| 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                 |
| Lazcluze Oral Tablet 80 MG                                             |                     | Cambio en Formulario            | Cambio en QL de 30/30 a 60/30   | 02/21/2025                      | N/A                     | N/A                 |
| 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                 |

Rev. 04/2025



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

Rev. 04/2025



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

Rev. 04/2025





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

Rev. 04/2025



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

Rev. 04/2025



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

Rev. 04/2025

| Medicamento Afectado                                             | Referencia de Marca | Descripción del Cambio    | Razón del Cambio | Fecha de Efectividad del Cambio | Medicamento Alternativo | Nivel (Alternativa) |
|------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------|------------------|---------------------------------|-------------------------|---------------------|
| Amoxicillin-Pot<br>Clavulanate Oral Tablet<br>Chewable 400-57 Mg |                     | Se remueve del formulario | Removido por CMS | 05/01/2025                      | N/A                     | N/A                 |

Aplica a: MMM Alianza Relax, MMM Alianza Valor, MMM Alianza Mas, MMM Alianza Flex, MMM Alianza Somos, MMM Alianza UPR Grande, MMM Alianza UPR Cash, MMM Alianza UPR Dinámico.



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. 04/2025