



## GOLD KIDNEY HEALTH PLAN

### Aviso de Cambio en el Formulario

Gold Kidney Health Plan puede eliminar medicamentos de nuestro formulario (lista de medicamentos cubiertos) o agregar reglas sobre si ciertos medicamentos están cubiertos y cuándo durante el año. La tabla a continuación contiene los próximos cambios a Gold Kidney Health Plan. Es posible que usted no esté tomando estos medicamentos actualmente. Le proporcionamos estas actualizaciones para que conozca los cambios futuros en nuestra lista de medicamentos. Consulte la Sección 4 de su Resumen Mensual de Medicamentos Recetados (Explicación de Beneficios para Miembros) para conocer los cambios específicos en los medicamentos que está tomando actualmente.

ID de Formulario CMS	Fecha de Vigencia	Nombre del Medicamento	Descripción del Cambio	Descripción de la Razón	Medicamento Alternativo y Nivel
26345 26346	2/1/2026	GLEOSTINE 10 MG CÁPSULA ORAL	ELIMINACIÓN DE MARCA, AGREGAR GENÉRICO	ELIMINACIÓN DE MEDICAMENTO DE MARCA DEL FORMULARIO POR ADICIÓN DE NUEVO EQUIVALENTE GENÉRICO	LOMUSTINE 10 MG CÁPSULA ORAL-1
26345 26346	2/1/2026	GLEOSTINE 40 MG CÁPSULA ORAL	ELIMINACIÓN DE MARCA, AGREGAR GENÉRICO	ELIMINACIÓN DE MEDICAMENTO DE MARCA DEL FORMULARIO POR ADICIÓN DE NUEVO EQUIVALENTE GENÉRICO	LOMUSTINE 40 MG CÁPSULA ORAL-1
26345 26346	2/1/2026	GLEOSTINE 100 MG CÁPSULA ORAL	ELIMINACIÓN DE MARCA, AGREGAR GENÉRICO	ELIMINACIÓN DE MEDICAMENTO DE MARCA DEL FORMULARIO POR ADICIÓN DE NUEVO EQUIVALENTE GENÉRICO	LOMUSTINE 100 MG CÁPSULA ORAL-1

ID de Formulario CMS	Fecha de Vigencia	Nombre del Medicamento	Descripción del Cambio	Descripción de la Razón	Medicamento Alternativo y Nivel
26345 26346	2/1/2026	DIFICID 200 MG TABLETA ORAL	ELIMINACIÓN DE MARCA, AGREGAR GENÉRICO	ELIMINACIÓN DE MEDICAMENTO DE MARCA DEL FORMULARIO POR ADICIÓN DE NUEVO EQUIVALENTE GENÉRICO	FIDAXOMICIN 200 MG TABLETA ORAL-1
26345 26346	2/1/2026	RAVICTI 1.1GRAMO/ML LÍQUIDO ORAL	ELIMINACIÓN DE MARCA, AGREGAR GENÉRICO	ELIMINACIÓN DE MEDICAMENTO DE MARCA DEL FORMULARIO POR ADICIÓN DE NUEVO EQUIVALENTE GENÉRICO	GLYCEROL PHENYL BUTYRATE 1.1GRAMO/ML LÍQUIDO ORAL-1
26345 26346	2/1/2026	PREMARIN 0.3 MG TABLETA ORAL	ELIMINACIÓN DE MARCA, AGREGAR GENÉRICO	ELIMINACIÓN DE MEDICAMENTO DE MARCA DEL FORMULARIO POR ADICIÓN DE NUEVO EQUIVALENTE GENÉRICO	CONJUGATED ESTROGENS 0.3 MG TABLETA ORAL-1
26345 26346	2/1/2026	PREMARIN 0.45MG TABLETA ORAL	ELIMINACIÓN DE MARCA, AGREGAR GENÉRICO	ELIMINACIÓN DE MEDICAMENTO DE MARCA DEL FORMULARIO POR ADICIÓN DE NUEVO EQUIVALENTE GENÉRICO	CONJUGATED ESTROGENS 0.45MG TABLETA ORAL-1
26345 26346	2/1/2026	PREMARIN 0.625 MG TABLETA ORAL	ELIMINACIÓN DE MARCA, AGREGAR GENÉRICO	ELIMINACIÓN DE MEDICAMENTO DE MARCA DEL FORMULARIO POR ADICIÓN DE NUEVO EQUIVALENTE GENÉRICO	CONJUGATED ESTROGENS 0.625 MG TABLETA ORAL-1
26345 2634	2/1/2026	PREMARIN 0.9 MG TABLETA ORAL	ELIMINACIÓN DE MARCA, AGREGAR GENÉRICO	ELIMINACIÓN DE MEDICAMENTO DE MARCA DEL FORMULARIO POR ADICIÓN DE NUEVO EQUIVALENTE GENÉRICO	CONJUGATED ESTROGENS 0.9 MG TABLETA ORAL-1
26345 26346	2/1/2026	PREMARIN 1.25 MG TABLETA ORAL	ELIMINACIÓN DE MARCA, AGREGAR GENÉRICO	ELIMINACIÓN DE MEDICAMENTO DE MARCA DEL FORMULARIO POR ADICIÓN DE	CONJUGATED ESTROGENS 1.25 MG TABLETA ORAL-1

ID de Formulario CMS	Fecha de Vigencia	Nombre del Medicamento	Descripción del Cambio	Descripción de la Razón	Medicamento Alternativo y Nivel
				NUEVO EQUIVALENTE GENÉRICO	
26345 26346	3/1/2026	USTEKINUMAB 130MG/26ML VIAL INTRAVENOSO	ELIMINACIÓN DE MARCA, AGREGAR GENÉRICO	ELIMINACIÓN DE MEDICAMENTO DE MARCA DEL FORMULARIO POR ADICIÓN DE NUEVO EQUIVALENTE GENÉRICO	SELARSDI 130MG/26ML VIAL INTRAVENOSO-5
26345 26346	3/1/2026	STELARA 130MG/26ML VIAL INTRAVENOSO	ELIMINACIÓN DE MARCA, AGREGAR GENÉRICO	ELIMINACIÓN DE MEDICAMENTO DE MARCA DEL FORMULARIO POR ADICIÓN DE NUEVO EQUIVALENTE GENÉRICO	SELARSDI 130MG/26ML VIAL INTRAVENOSO-5
26345 26346	3/1/2026	STELARA 45MG/0.5ML VIAL SUBCUTÁNEO	ELIMINACIÓN DE MARCA, AGREGAR GENÉRICO	ELIMINACIÓN DE MEDICAMENTO DE MARCA DEL FORMULARIO POR ADICIÓN DE NUEVO EQUIVALENTE GENÉRICO	SELARSDI 45MG/0.5ML VIAL SUBCUTÁNEO-3
26345 26346	3/1/2026	USTEKINUMAB 45MG/0.5ML VIAL SUBCUTÁNEO	ELIMINACIÓN DE MARCA, AGREGAR GENÉRICO	ELIMINACIÓN DE MEDICAMENTO DE MARCA DEL FORMULARIO POR ADICIÓN DE NUEVO EQUIVALENTE GENÉRICO	SELARSDI 45MG/0.5ML VIAL SUBCUTÁNEO-3
26345 26346	3/1/2026	STELARA 90 MG/ML JERINGA SUBCUTÁNEA	ELIMINACIÓN DE MARCA, AGREGAR GENÉRICO	ELIMINACIÓN DE MEDICAMENTO DE MARCA DEL FORMULARIO POR ADICIÓN DE NUEVO EQUIVALENTE GENÉRICO	USTEKINUMAB-AAUZ 90 MG/ML JERINGA SUBCUTÁNEA-3
26345 26346	3/1/2026	USTEKINUMAB 90 MG/ML JERINGA SUBCUTÁNEA	ELIMINACIÓN DE MARCA, AGREGAR GENÉRICO	ELIMINACIÓN DE MEDICAMENTO DE MARCA DEL FORMULARIO POR ADICIÓN DE NUEVO EQUIVALENTE GENÉRICO	USTEKINUMAB-AAUZ 90 MG/ML JERINGA SUBCUTÁNEA-3

ID de Formulario CMS	Fecha de Vigencia	Nombre del Medicamento	Descripción del Cambio	Descripción de la Razón	Medicamento Alternativo y Nivel
26345 26346	3/1/2026	USTEKINUMAB 45MG/0.5ML JERINGA SUBCUTÁNEA	ELIMINACIÓN DE MARCA, AGREGAR GENÉRICO	ELIMINACIÓN DE MEDICAMENTO DE MARCA DEL FORMULARIO POR ADICIÓN DE NUEVO EQUIVALENTE GENÉRICO	USTEKINUMAB-AAUZ 45MG/0.5ML JERINGA SUBCUTÁNEA-3
26345 26346	3/1/2026	STELARA 45MG/0.5ML JERINGA SUBCUTÁNEA	ELIMINACIÓN DE MARCA, AGREGAR GENÉRICO	ELIMINACIÓN DE MEDICAMENTO DE MARCA DEL FORMULARIO POR ADICIÓN DE NUEVO EQUIVALENTE GENÉRICO	USTEKINUMAB-AAUZ 45MG/0.5ML JERINGA SUBCUTÁNEA-3
26345 26346	4/1/2026	BRILINTA 90 MG TABLETA ORAL	ELIMINACIÓN DE MARCA, AGREGAR GENÉRICO	ELIMINACIÓN DE MEDICAMENTO DE MARCA DEL FORMULARIO POR ADICIÓN DE NUEVO EQUIVALENTE GENÉRICO	TICAGRELOR 90 MG TABLETA ORAL-2
26345 26346	4/1/2026	FYCOMPA 0.5 MG/ML SUSPENSIÓN ORAL	ELIMINACIÓN DE MARCA, AGREGAR GENÉRICO	ELIMINACIÓN DE MEDICAMENTO DE MARCA DEL FORMULARIO POR ADICIÓN DE NUEVO EQUIVALENTE GENÉRICO	PERAMPANEL 0.5 MG/ML SUSPENSIÓN ORAL-5
26345 26346	4/1/2026	RIVAROXABAN 2.5 MG TABLETA ORAL	ADICIÓN DE LÍMITE DE CANTIDAD (QL)	ADICIÓN DE REQUISITO DE GESTIÓN DE UTILIZACIÓN POR NUEVAS GUÍAS CLÍNICAS	
26345 26346	4/1/2026	XGEVA 120 MG/1.7 VIAL SUBCUTÁNEO	ELIMINACIÓN DE MEDICAMENTO DEL FORMULARIO	ELIMINACIÓN DE MEDICAMENTO DEL FORMULARIO POR NUEVAS GUÍAS CLÍNICAS	
26345 26346	5/1/2026	ZYLET 0.3%-0.5% GOTAS OFTÁLMICAS EN SUSPENSIÓN	ELIMINACIÓN DE MARCA, AGREGAR GENÉRICO	MEDICAMENTO GENÉRICO DISPONIBLE EN UN NIVEL INFERIOR	TOBRAMYCIN-LOTEPREDNOL 0.3%-0.5% GOTAS OFTÁLMICAS EN SUSPENSIÓN-2

ID de Formulario CMS	Fecha de Vigencia	Nombre del Medicamento	Descripción del Cambio	Descripción de la Razón	Medicamento Alternativo y Nivel
26345 26346	5/1/2026	TEFLARO 400 MG VIAL INTRAVENOSO	ELIMINACIÓN DE MARCA, AGREGAR GENÉRICO	MEDICAMENTO GENÉRICO DISPONIBLE EN UN NIVEL INFERIOR	CEFTAROLINE FOSAMIL 400 MG VIAL INTRAVENOSO-5
26345 26346	5/1/2026	TEFLARO 600 MG VIAL INTRAVENOSO	ELIMINACIÓN DE MARCA, AGREGAR GENÉRICO	MEDICAMENTO GENÉRICO DISPONIBLE EN UN NIVEL INFERIOR	CEFTAROLINE FOSAMIL 600 MG VIAL INTRAVENOSO-5