



Actualización de la Lista de Medicamentos con Receta de los planes Individuales y Familiares de Texas para 2026*

Estamos aquí para ayudarle a prepararse ante los cambios que se implementarán en la Lista de Medicamentos con Receta (Prescription Drug List, PDL), que se renovará el 1/1/26.

Reevaluamos la PDL a fin de poder administrar los costos tanto para usted como para UnitedHealthcare. Al momento de hacer cambios, consideramos el valor general de los medicamentos, que se basa en factores como la eficacia, la seguridad y el costo de dichos medicamentos, y en la disponibilidad de medicamentos alternativos para tratar la misma afección médica o una similar.

Esta guía le permitirá entender qué medicamentos tendrán modificaciones y si debe hablar con su proveedor de atención médica antes de volver a surtir sus medicamentos. Es posible que algunos medicamentos cambien de nivel o que ya no tengan cobertura. También agregamos medicamentos a la PDL para que tenga más opciones.

Para acceder a la información sobre su cobertura, haga clic en el siguiente enlace o ingrese al portal para miembros: member.uhc.com/myuhc.

Para ver la lista completa de todos los medicamentos, consulte la **Lista de Medicamentos con Receta de 2026**.

* También denominados planes Individuales y Familiares del Mercado de Seguros Médicos ACA de UnitedHealthcare.

© 2025 United HealthCare Services, Inc. Todos los derechos reservados.



Su plan

A continuación, se presenta una descripción general de cada nivel de su plan.

Nivel	Costo compartido	Qué incluye
1	\$0	\$0 de costo compartido Medicamentos disponibles sin costo para usted. Incluye medicamentos preventivos .
2	\$	Costo compartido más bajo Medicamentos que proporcionan el mayor valor general . Incluye medicamentos genéricos preferidos .
3	\$\$	Costo compartido de rango medio Medicamentos que proporcionan un buen valor general . Incluye medicamentos de marca preferidos y medicamentos genéricos no preferidos .
4	\$\$\$	Costo compartido más alto Medicamentos que proporcionan un valor general más bajo . Incluye medicamentos de marca no preferidos y medicamentos genéricos no preferidos .
5	\$\$\$\$	Costo compartido mayor Medicamentos que proporcionan el menor valor general . Incluye la mayoría de los medicamentos de especialidad .

¿Cuáles son los medicamentos que tendrán cambios en su cobertura y que requieren que tome alguna medida antes de hacer el primer resurtido de 2026?

Busque los medicamentos que toma en esta lista para obtener información sobre los próximos cambios. Si encuentra los medicamentos que toma en esta lista, consulte la siguiente sección que se titula “¿Qué debo hacer si la cobertura de los medicamentos que tomo cambiará?”. Según el tipo de cambio, ofrecemos una lista con otras opciones de medicamentos que pueden estar disponibles. Estas son solo sugerencias. Solo usted y su proveedor de atención médica pueden tomar decisiones sobre cómo controlar su salud.



Medicamentos que se agregaron a la PDL

Agregamos más medicamentos a la PDL a fin de que tenga más opciones de medicamentos para tratar su afección.

Medicamento	Nivel	Reglas o límites de cobertura	Otros productos cubiertos
Brukinsa	5	PA, QL	Calquence e Imbruvica también son de N5-PA, QL
Calquence	5	PA, QL	Brukinsa e Imbruvica también son de N5-PA, QL
Dabigatran	3	QL	
Gilotrif	5	PA, QL	
Kisqali	5	PA, QL	Ibrance y Verzenio también son de N5-PA, QL
Kisqali femara	5	PA, QL	Ibrance y Verzenio también son de N5-PA, QL
Lynparza	5	PA, QL	
Norditropin	4	PA, QL	Omnitrope también es de N4-PA, QL
Novolog flexpen	1	QL	Humalog e insulin lispro también son de N1, QL
Novolog flexpen relion	1	QL	Humalog e insulin lispro también son de N1, QL
Novolog mix flexpen	1	QL	Humalog e insulin lispro también son de N1, QL
Novolog mix flexpen relion	1	QL	Humalog e insulin lispro también son de N1, QL
Novolog mix vial	1	QL	Humalog e insulin lispro también son de N1, QL
Novolog mix vial relion	1	QL	Humalog e insulin lispro también son de N1, QL
Novolog penfill	1	QL	Humalog e insulin lispro también son de N1, QL
Tagrisso	5	PA, QL	
Tolvaptan (generic samsca)	4	PA, QL	
Truqap	5	PA, QL	Piqray también es de N5-PA, QL
Xtandi	5	PA, QL	Erleada y Nubeqa también son de N5-PA, QL

Medicamentos que pasan a un nivel más bajo

Estos medicamentos pasarán a un nivel más bajo. Si usa medicamentos de un nivel más bajo, pagará un costo de desembolso más bajo.

Medicamento	Nivel	Reglas o límites de cobertura
Tetrabenazine	4	PA, QL

Medicamentos que pasan a un nivel más alto

Los medicamentos que pasan a un nivel más alto siguen teniendo la cobertura de su plan, pero tendrán un costo compartido más elevado. Su plan cubre otros medicamentos que se utilizan para tratar su afección y que pueden tener un costo menor para usted.

¿Qué puede hacer? Para ahorrar dinero, pregúntele a su proveedor de atención médica sobre otras opciones de medicamentos.

Medicamento	Opciones de costo más bajo
Clobetasol sol 0.05%	Fluticasone cre 0.05%, Mometasone cre 0.1%, Triamcinolone cre 0.1%
Doxepin tab 3mg	Trazodone hcl
Doxepin tab 6mg	Trazodone hcl
Nitrofurantoin macro cap 25mg	Nitrofurantoin monohydrate
Timolol mal sol 0.5%/0.5% op	Timolol ophth sol (non-pf), Betaxolol ophth soln, Carteolol



Requisitos de preautorización

Estos medicamentos ahora requieren una preautorización (prior authorization, PA) para garantizar que son la opción más adecuada para tratar su afección. Necesita una aprobación para poder volver a surtir los medicamentos con receta que toma.

Medicamento
Nitrofurantoin susp 25mg/5ml
Orphenadrine/aspirin/caffeine



Terapia escalonada

Primero debe probar otros medicamentos cubiertos que se utilizan para tratar su afección a fin de poder obtener la cobertura de su medicamento.

Medicamento	Opciones alternativas
Amcinonide (cream/lotion/ointment (0.1%))	Mometasone cream, Triamcinolone cream
Diflorasone cream 0.05%	Mometasone cream, Triamcinolone cream

Medicamentos excluidos del formulario

Su plan ya no cubre estos medicamentos. Cubre otros para tratar su afección.

Medicamento	Opciones de costo más bajo
Ala-scalp lot 2%	Hydrocort lot 2.5%, Mometasone soln, Triamcinolone lotn
Amjevita inj 40/0.4ml (amgen)	Adalimumab-adaz, Adalimumab-adbm (bi), Amjevita (nuvaila), Hadlima
Amjevita inj 80/0.8ml (amgen)	Adalimumab-adaz, Adalimumab-adbm (bi), Amjevita (nuvaila), Hadlima
Aptiom tab 600mg	Eslicarbazepine
Aptiom tab 800mg	Eslicarbazepine
Auryxia tab 210mg	Ferric citra tab 210mg
Besivance sus 0.6%	Azasite, Ciprofloxacin sol 0.3% op, Ofloxacin dro 0.3% op
Betoptic-s sus 0.25% op	Betaxolol ophth soln, Carteolol ophth soln, Levobunolol
Bosulif tab 400mg	Consulte con su proveedor de atención médica.
Brilinta tab 60mg	Ticagrelor
Brilinta tab 90mg	Ticagrelor
Clomid tab 50mg	Clomiphene
Complera tab	Emtricitabine/rilpi tenof df tab
Compro sup 25mg	Prochlorperazine
Cordran 80x3 tap 4mcg/cm	Fluticasone oin 0.005%, Mometasone oint, Triamcinolone crea
Corlanor tab 7.5mg	Ivabradine
Dexlansoprazole cap 30mg dr	Esomeprazole caps, Lansoprazole caps, Omeprazole
Dexlansoprazole cap 60mg dr	Esomeprazole caps, Lansoprazole caps, Omeprazole
Edarbi tab 40mg	Losartan, Olmesartan, Valsartan tabs
Edarbi tab 80mg	Losartan, Olmesartan, Valsartan tabs
Edarbyclor tab 40-12.5	Irbesartan/hctz, Losartan/hctz, Olmesartan/hctz
Edarbyclor tab 40-25mg	Irbesartan/hctz, Losartan/hctz, Olmesartan/hctz
Entresto tab 24-26mg	Sacubitril/valsartan



Medicamentos excluidos del formulario (continuación)

Medicamento	Opciones de costo más bajo
Entresto tab 49-51mg	Sacubitril/valsartan
Entresto tab 97-103mg	Sacubitril/valsartan
Equetro cap 100mg	Carbamazepin cap 100mg er
Equetro cap 200mg	Carbamazepin cap 100mg er
Equetro cap 300mg	Carbamazepin cap 100mg er
Humalog inj 100/ml	Insulin lispro
Humira inj 20/0.2ml	Adalimumab-adaz, Adalimumab-adbm (bi), Amjevita (nuvaila), Hadlima
Humira inj 40/0.4ml	Adalimumab-adaz, Adalimumab-adbm (bi), Amjevita (nuvaila), Hadlima
Humira inj 40/0.8ml	Adalimumab-adaz, Adalimumab-adbm (bi), Amjevita (nuvaila), Hadlima
Humira pen inj 40/0.4ml	Adalimumab-adaz, Adalimumab-adbm (bi), Amjevita (nuvaila), Hadlima
Humira pen inj 40mg/0.8ml	Adalimumab-adaz, Adalimumab-adbm (bi), Amjevita (nuvaila), Hadlima
Humira pen inj 80/0.8ml	Adalimumab-adaz, Adalimumab-adbm (bi), Amjevita (nuvaila), Hadlima
Humira pen kit cd/uc/hs	Adalimumab-adaz, Adalimumab-adbm (bi), Amjevita (nuvaila), Hadlima
Humira pen kit ps/uv	Adalimumab-adaz, Adalimumab-adbm (bi), Amjevita (nuvaila), Hadlima
Isentress tab 400mg	Consulte con su proveedor de atención médica.
Jentadueto tab 2.5-500	Saxagliptin, Metformin hcl 500mg
Jentadueto tab 2.5-1000	Saxagliptin, Metformin hcl 1000mg
Jentadueto tab xr	Saxagliptin/metformin er
Kionex sus 15gm/60	Sodium polystyrene sulfonate
Metaxalone tab 400mg	Cyclobenzaprine tab 10mg, Metaxalone tab 800mg, Methocarbamol tab 500mg



Medicamentos excluidos del formulario (continuación)

Medicamento	Opciones de costo más bajo
Proctofoam aer hc 1%	Hydrocortisone cream 2.5%
Proctozone cre -hc 2.5%	Procto-med hc
Promacta tab 12.5mg	Eltrombopag
Promacta tab 25mg	Eltrombopag
Promacta tab 50mg	Eltrombopag
Promacta tab 75mg	Eltrombopag
Promethegan sup 12.5mg	Promethazine suppository
Promethegan sup 25mg	Promethazine suppository
Promethegan sup 50mg	Promethazine suppository
Revlimid cap 5mg	Lenalidomide
Revlimid cap 10mg	Lenalidomide
Revlimid cap 25mg	Lenalidomide
Spiriva cap handihlr	Tiotropium bromide
Stelara inj 45mg/0.5ml	Steqeyma, Yesintek
Stelara inj 90mg/ml	Steqeyma inj 90mg/ml, Yesintek inj 90mg/ml
Stribild tab	Consulte con su proveedor de atención médica.
Timolol gel-forming sol 0.5% op	Timolol ophth sol (non-pf), Betaxolol ophth soln, Carteolol
Timolol mal sol 0.25% op	Timolol ophth sol (non-pf), Betaxolol ophth soln, Carteolol
Tobradex oin 0.3-0.1%	Zylet
Tobrex oin 0.3% op	Erythromycin oint, Gentamicin, Tobramycin sol 0.3% op
Tradjenta tab 5mg	Saxagliptin
Veltassa pow 8.4gm	Lokelma
Veltassa pow 16.8gm	Lokelma

Exclusiones

Estos medicamentos ya no tienen cobertura.

Medicamento
Airavite tablet
Biocel tablet
Folbee tablet
Kyleena IUD 19.5mg
Lanreotide injection 120/.5ml
Liletta IUD 52mg
Lysiplex tablet Plus
Mirena IUD system
Nexplanon implant 68mg
Nufol tablet
Nutrifac zx tablet
Paragard IUD T380a
Skyla IUD 13.5mg
Somatuline injection (120/.5ml, 60/0.2ml, 90/0.3ml)
Vita S Forte tablet
Vitacel tablet
Vykat xr tablets (150mg/25mg/75mg)
Westab One tablet 2.5-25-1

Límite de cantidad

Estos medicamentos tienen un nuevo límite de cantidad o el límite cambió.

Medicamento
Clindamycin gel 1%
Hydrocodone/apap solution (7.5-325mg)
Hydrocodone/apap tablets (7.5-300mg, 10-300mg, 10-325mg, 2.5-325mg, 5-300mg, 5-325mg)
Janumet XR tablet 50-500mg
Lortab elixir 10-300mg
Wegovy Injection (0.25mg 0.5mg, 1mg, 1.7mg, 2.4mg)
Zepbound Injection (10/0.5, 12.5/0.5, 15.5/0.5, 2.5/0.5, 5/0.5, 7.5/0.5 ml)



¿Qué debo hacer si la cobertura de los medicamentos que tomo cambiará?

Tipo de cambio	¿Qué sucede?	¿Qué debo hacer?
Exclusión	Su plan ya no cubre estos medicamentos.	<p>Pregúntele a su proveedor de atención médica si puede usar los medicamentos cubiertos.</p> <p>Para seguir tomando el medicamento con receta que utiliza, puede pagar su costo total, y la cantidad que pague no se tendrá en cuenta para el deducible ni para su máximo de costo de desembolso.</p>
Nivel más alto	Los medicamentos que pasan a un nivel más alto siguen teniendo la cobertura de su plan, pero tienen un costo compartido más elevado. Su plan cubre otros medicamentos que se utilizan para tratar su afección y que pueden tener un costo menor para usted.	Para ahorrar dinero, pregúntele a su proveedor de atención médica sobre otras opciones de medicamentos.
Medicamentos excluidos del formulario	Su plan ya no cubre estos medicamentos. Cubre otros para tratar su afección.	<p>Pregúntele a su proveedor de atención médica si puede usar los medicamentos cubiertos.</p> <p>Para seguir tomando el medicamento, usted o su proveedor de atención médica pueden solicitarnos una preautorización o una excepción. Si obtiene la aprobación, el medicamento tendrá cobertura en el segundo nivel más alto.</p>
Preautorización	Estos medicamentos ahora requieren una preautorización (prior authorization, PA) para garantizar que son la opción más adecuada para tratar su afección. Necesita una aprobación para poder volver a surtir los medicamentos con receta que toma.	Para seguir tomando el medicamento, usted o su proveedor de atención médica pueden solicitarnos una preautorización o una excepción.



¿Qué debo hacer si la cobertura de los medicamentos que tomo cambiará?
(continuación)

Tipo de cambio	¿Qué sucede?	¿Qué debo hacer?
Límites de cantidad	El medicamento que toma tiene un nuevo límite de cantidad o el límite cambió. Los límites de cantidad se actualizan conforme a las pautas médicas y a las recomendaciones de la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) para garantizar que los medicamentos se utilicen de manera adecuada.	Si está tomando un medicamento que supera el nuevo límite de cantidad, usted o su proveedor de atención médica pueden solicitarnos una excepción para que cubramos la cantidad adicional.
De beneficio de farmacia a beneficio médico	Estos son medicamentos que ya no tienen cobertura según su beneficio de farmacia, pero que pueden tenerla según su beneficio médico.	Hable con su proveedor de atención médica para recibir estos medicamentos a través de su beneficio médico o para que le recomiende otras opciones que cubre su beneficio de farmacia.
Terapia escalonada	Primero debe probar otros medicamentos cubiertos que se utilizan para tratar su afección a fin de poder obtener la cobertura de su medicamento.	Pregúntele a su proveedor de atención médica si puede usar otros medicamentos cubiertos. Para seguir tomando el medicamento, usted o su proveedor de atención médica pueden solicitarnos una preautorización o una excepción.

¿Cómo puedo obtener un medicamento que requiere preautorización o una excepción?

Optum Rx, nuestro administrador de beneficios de farmacia, procesa las solicitudes de preautorización y excepción en nombre de los planes Individuales y Familiares de UnitedHealthcare. Comuníquese con su proveedor de atención médica para presentar una solicitud. Los proveedores de atención médica pueden presentar una solicitud de las siguientes maneras:

- **En línea:** professionals.optumrx.com/prior-authorization.html
- **Teléfono:** 1-800-711-4555

En la solicitud se debe incluir el diagnóstico, el historial de medicamentos, la justificación clínica, los registros médicos o las pruebas de laboratorio, según sea necesario, y demás información de respaldo. Si falta información, Optum Rx se comunicará con su proveedor de atención médica y le solicitará información adicional. Si necesita ayuda, también puede iniciar una solicitud en myuhc.com/exchange o llamar al número del Departamento de Servicios para Miembros que aparece en su tarjeta de ID del plan de salud, y nosotros podemos comunicarnos con su proveedor de atención médica para obtener información y ayudar a procesar la solicitud.



¿Necesita más información sobre la cobertura y los costos de los medicamentos de farmacia?

Visite myuhc.com/exchange. También puede llamar al número de teléfono que figura en su tarjeta de ID del plan de salud. Los proveedores de atención médica pueden visitar uhcprovider.com/exchange.



Se pueden aplicar requisitos o límites de cobertura adicionales, como límites de cantidad.

Todos los medicamentos de marca son de marcas comerciales o marcas registradas de sus respectivos dueños.

La cobertura de planes médicos Individuales y Familiares de UnitedHealthcare es ofrecida por UnitedHealthcare of Arizona, Inc.; Rocky Mountain Health Maintenance Organization Incorporated en CO; UnitedHealthcare of Florida, Inc.; UnitedHealthcare of Georgia, Inc.; UnitedHealthcare of Illinois, Inc.; UnitedHealthcare Insurance Company en AL, IN, KS, LA, MO, NE, NH, NJ, NY, OR, SD, TN y WY; Optimum Choice, Inc. en MD y VA; UnitedHealthcare Community Plan, Inc. en MI; UnitedHealthcare of Midlands, Inc. en ND; UnitedHealthcare of Mississippi, Inc.; UnitedHealthcare of New Mexico, Inc.; UnitedHealthcare of New York, Inc.; UnitedHealthcare of North Carolina, Inc.; UnitedHealthcare of Ohio, Inc.; UnitedHealthcare of Oklahoma, Inc.; UnitedHealthcare of South Carolina, Inc.; UnitedHealthcare of Texas, Inc.; UnitedHealthcare of Oregon, Inc. en WA; UnitedHealthcare of Wisconsin, Inc. y UnitedHealthcare Plan of the River Valley en Iowa. UnitedHealthCare Services, Inc. o sus compañías afiliadas proporcionan los servicios administrativos.

© 2025 United HealthCare Services, Inc. Todos los derechos reservados.