



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.



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

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 |



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

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 75mg | 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



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

Límite de cantidad

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

Medicamento

Clindamycin gel 1%

Hydrocodone/apap solution (75-325mg)

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. | Pregúntele a su proveedor de atención médica si puede usar los medicamentos cubiertos. 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. |
| 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. | Pregúntele a su proveedor de atención médica si puede usar los medicamentos cubiertos. 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. |
| 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 | <p>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.</p> | <p>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.</p> |
| De beneficio de farmacia a beneficio médico | <p>Estos son medicamentos que ya no tienen cobertura según su beneficio de farmacia, pero que pueden tenerla según su beneficio médico.</p> | <p>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.</p> |
| Terapia escalonada | <p>Primero debe probar otros medicamentos cubiertos que se utilizan para tratar su afección a fin de poder obtener la cobertura de su medicamento.</p> | <p>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.</p> |

¿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.