Medicamentos alternativos cubiertos para 2027

WELLCARE WITH DELAWARE FIRST HEALTH LE OFRECE COBERTURA PARA SUS NECESIDADES DE MEDICAMENTOS RECETADOS.

Nos esforzamos por cubrir los medicamentos más comunes para todas las enfermedades. A continuación, se muestran algunos medicamentos comunes que no están cubiertos por el plan, junto con medicamentos alternativos que están cubiertos. Si actualmente está tomando un medicamento que no está cubierto, consulte el *formulario* (lista de medicamentos) de nuestro plan para ver qué medicamentos alternativos están cubiertos. Hable con su proveedor para ver si las alternativas del formulario que se enumeran a continuación funcionarían para usted.

Los medicamentos genéricos, genéricos autorizados y biosimilares (medicamentos similares a la composición y función de los medicamentos biológicos de sistemas vivos) enumerados en la tabla a continuación con el símbolo ** tienen los mismos principios activos que el fármaco no cubierto en el formulario. Si tiene una receta médica activa para un medicamento que no está cubierto, hable con su proveedor o farmacéutico sobre cómo obtener el medicamento que aparece con ** sin una nueva receta médica.

MEDICAMENTOS NO CUBIERTOS EN EL FORMULARIO	MEDICAMENTOS CUBIERTOS EN EL FORMULARIO	RESTRICCIONES DEL FORMULARIO
BASAGLAR KWIKPEN (insulina glargina) SEMGLEE (insulina glargina-YFGN)** TRESIBA	INSULIN GLARGINE-YFGN**	Ninguna
	LANTUS**	Ninguna
	INSULIN GLARGINE U-300	Ninguna
TOUJEO U-300 (insulina glargina)**	INSULIN GLARGINE U-300**	Ninguna
	INSULIN GLARGINE-YFGN	Ninguna
	LANTUS	Ninguna
NOVOLOG (insulina aspártica)** FIASP (insulina aspártica) HUMALOG	MERILOG (insulina aspártica-szjj)**	Ninguna
INVOKAMET	dapagliflozina-metformina ER	QL
	SYNJARDY	QL
INVOKANA	dapagliflozina	QL
	JARDIANCE	QL
XARELTO	rivaroxabán, comprimido de 2.5 mg	Ninguna
	rivaroxabán, suspensión	Ninguna
	dabigatrán	QL
	ELIQUIS	QL

TEXTO EN MAYÚSCULA = medicamento de marca Texto en minúscula = medicamento genérico
****Terapéuticamente equivalente PA = autorización previa QL = límite de cantidad**

H4661_WCM_7063150_SPA_0_C Internally Approved 07272026 7135419_DE7WCMFLYSPA_M_0000
©Wellcare 2026

MEDICAMENTOS NO CUBIERTOS EN EL FORMULARIO	MEDICAMENTOS CUBIERTOS EN EL FORMULARIO	RESTRICCIONES DEL FORMULARIO
ADVAIR DISKUS** wixela inhub**	fluticasona-salmeterol diskus**	QL
	breyna hfa	QL
	BREO ELLIPTA	QL
	ADVAIR HFA	QL
VASCEPA** omega-3 ésteres etílicos	etilo de icosapento**	Ninguna
REPATHA	PRALUENT	PA
AJOVY	AIMOVIG	PA, QL
	EMGALITY 120 mg/ml	PA, QL
QULIPTA UBRELVY ZAVZPRET	NURTEC	PA, QL
GEMTESA	mirabegrón	QL
PROLIA (denosumab)	CONEXXENCE (denosumab-bnht)	QL
	STOBOCLO (denosumab-bmwo)	QL
FORTEO	teriparatida (NDC 47781-0652-89)	PA, QL
	BONSITY	PA, QL
JASCAYD	pirfenidona, comprimido	PA, QL
	nintedanib	PA, QL
ACTEMRA (tocilizumab)**	TYENNE (tocilizumab-aazg)**	PA, QL
	adalimumab-adbm (NDC 82009*)	PA, QL
	adalimumab-aaty	PA, QL
	ustekinumab-ttwe	PA, QL
	STEQEYMA	PA, QL
	tofacitinib	PA, QL
	COSENTYX	PA, QL
	SKYRIZI	PA, QL
	RINVOQ	PA, QL
	ZYMFENTRA	PA, QL
	OTEZLA	PA, QL

TEXTO EN MAYÚSCULA = medicamento de marca Texto en minúscula = medicamento genérico
**Terapéuticamente equivalente PA = autorización previa QL = límite de cantidad

MEDICAMENTOS NO CUBIERTOS EN EL FORMULARIO	MEDICAMENTOS CUBIERTOS EN EL FORMULARIO	RESTRICCIONES DEL FORMULARIO
CYLTEZO (adalimumab-adbm)** HUMIRA (adalimumab)**	adalimumab-adbm (NDC 82009*)**	PA, QL
	adalimumab-aaty	PA, QL
	TYENNE	PA, QL
	ustekinumab-ttwe	PA, QL
	STEQEYMA	PA, QL
	tofacitinib	PA, QL
	COSENTYX	PA, QL
	SKYRIZI	PA, QL
	RINVOQ	PA, QL
	ZYMFENTRA	PA, QL
	OTEZLA	PA, QL
STELARA (ustekinumab)** ustekinumab**	ustekinumab-ttwe**	PA, QL
	STEQEYMA (ustekinumab-stba)**	PA, QL
	adalimumab-adbm (NDC 82009*)	PA, QL
	adalimumab-aaty	PA, QL
	TYENNE	PA, QL
	tofacitinib	PA, QL
	COSENTYX	PA, QL
	SKYRIZI	PA, QL
	RINVOQ	PA, QL
	ZYMFENTRA	PA, QL
	OTEZLA	PA, QL

TEXTO EN MAYÚSCULA = medicamento de marca Texto en minúscula = medicamento genérico
****Terapéuticamente equivalente PA = autorización previa QL = límite de cantidad**

Nota: Los medicamentos alternativos son sugerencias y pueden no ser adecuados para todas las enfermedades. Esta información es correcta al 1 de octubre de 2026, pero puede cambiar. Consulte la lista de medicamentos para obtener más información sobre qué medicamentos están cubiertos. La lista de medicamentos puede cambiar ocasionalmente durante el año.