Medicamentos alternativos cubiertos para 2027

WELLCARE BY FIDELIS CARE 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**

H5599_WCM_7061353_SPA_0_C Internally Approved 07302026 7257452_NY7WCMFLYSPA_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.