Lista de cambios en medicamentos cubiertos:
Noviembre 2026
CCA One Care (HMO D-SNP)

Commonwealth Care Alliance Massachusetts, Inc. (CCA) revisa y realiza cambios en el Formulario (Lista de medicamentos cubiertos) durante el año. Podemos agregar o eliminar medicamentos. Los cambios pueden incluir:

- Cambiar nuestras reglas o límites de un medicamento
- Eliminar el medicamento de marca y agregar el nuevo medicamento genérico
- Retirar un medicamento porque la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA) dice que un medicamento no es seguro o el fabricante del medicamento lo retira del mercado.

Si realizamos un cambio negativo (eliminar un medicamento o agregar reglas restrictivas), le notificaremos al menos 60 días antes de que el cambio entre en vigencia. Los miembros de CCA One Care tienen un copago de $0 por medicamentos.

Si tiene preguntas, llame a Servicios al miembro al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La lista de medicamentos cubiertos está disponible en nuestro sitio web: www.ccama.org.

Cambios vigentes a partir de Noviembre 1, 2026

Name of Affected Drug	Description of Change	Reason for Change	Alternative Drug(s) *	Alternative Drug(s) Cost-Sharing Tier	Effective Date
ABELCET INJ 5MG/ML	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	AMPHOTERICIN B LIPOSOME IV FOR SUSP 50MG	Tier 1	01/01/2026
BACITRACIN OIN OP	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	ERYTHROMYCIN OIN 0.5% OP	Tier 1	06/01/2026

Name of Affected Drug	Description of Change	Reason for Change	Alternative Drug(s) *	Alternative Drug(s) Cost-Sharing Tier	Effective Date
DENGVAXIA SUS	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	Consult Your Health Care Provider		09/01/2026
DIFICID TAB 200MG	Deletion Of Drug From Formulary	Generic Available	FIDAXOMICIN TAB 200MG	Tier 1	02/01/2026
ENTRESTO TAB	Deletion Of Drug From Formulary	Generic Available	SACUBITRIL-VALSARTAN TAB	Tier 1	01/01/2026
EPITOL TAB 200MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	CARBAMAZEPINE TAB 200 MG	Tier 1	01/01/2026
EPRONTIA SOL 25MG/ML	Deletion Of Drug From Formulary	Generic Available	TOPIRAMATE SOL 25MG/ML	Tier 1	01/01/2026
HALOETTE VA RING	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	ETONOGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL VA RING 0.12-0.015 MG/24HR; ENILLORING VA RING; ELURYNG VA RING	Tier 1	04/01/2026
HUMULIN R INJ U-500 VIAL	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	HUMULIN R INJ U-500 KWIKPEN	Tier 1	11/01/2026
IMPAVIDO CAP 50MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	Consult Your Health Care Provider		09/01/2026
IXCHIQ INJ	Deletion Of Drug From Formulary	Market Removal	VIMKUNYA INJ 40MCG/0.8ML	Tier 1	01/01/2026
JYNARQUE TAB	Deletion Of Drug From Formulary	Generic Available	TOLVAPTAN TAB	Tier 1	01/01/2026
KELNOR 1/50 TAB 1 MG-50 MCG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	VALTYA 1/50 TAB 1 MG-50 MCG	Tier 1	01/01/2026
KISQALI 400 PAK FEMARA	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	LETROZOLE TAB 2.5MG; KISQALI TAB	Tier 1	08/01/2026
KISQALI 600 PAK FEMARA	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	LETROZOLE TAB 2.5MG; KISQALI TAB	Tier 1	08/01/2026
LEVO-T TAB 100MCG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB; LEVOXYL TAB; UNITHROID TAB	Tier 1	09/01/2026
LEVO-T TAB 112MCG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB; LEVOXYL TAB; UNITHROID TAB	Tier 1	09/01/2026
LEVO-T TAB 125MCG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB; LEVOXYL TAB; UNITHROID TAB	Tier 1	09/01/2026
LEVO-T TAB 137MCG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB; LEVOXYL TAB; UNITHROID TAB	Tier 1	09/01/2026
LEVO-T TAB 150MCG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB; LEVOXYL TAB; UNITHROID TAB	Tier 1	09/01/2026
LEVO-T TAB 175MCG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB; LEVOXYL TAB; UNITHROID TAB	Tier 1	09/01/2026
LEVO-T TAB 200MCG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB; LEVOXYL TAB; UNITHROID TAB	Tier 1	09/01/2026
LEVO-T TAB 25MCG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB; LEVOXYL TAB; UNITHROID TAB	Tier 1	09/01/2026
LEVO-T TAB 300 MCG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB; LEVOXYL TAB; UNITHROID TAB	Tier 1	09/01/2026
LEVO-T TAB 50MCG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB; LEVOXYL TAB; UNITHROID TAB	Tier 1	09/01/2026

Name of Affected Drug	Description of Change	Reason for Change	Alternative Drug(s) *	Alternative Drug(s) Cost-Sharing Tier	Effective Date
LEVO-T TAB 75MCG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB; LEVOXYL TAB; UNITHROID TAB	Tier 1	09/01/2026
LEVO-T TAB 88MCG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	LEVOTHYROXINE SODIUM TAB; LEVOXYL TAB; UNITHROID TAB	Tier 1	09/01/2026
NALOXONE SPR 4MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	KLOXXADO SPR 8MG	Tier 1	07/01/2026
NEO-POLYCIN HC OPHTH OINT 1%	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	BACITRACIN-POLYMYXIN-NEOMYCIN-HYDROCORTISONE OPHTH OINT 1%	Tier 1	03/01/2026
NEO-POLYCIN OPHTH OINT 5-400-10000	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	NEOMYCIN-BACITRACIN ZINC-POLYMYXIN OPHTH OINT 5-400-10000	Tier 1	03/01/2026
OCELLA TAB 3-0.03MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	DROSPIRENONE-ETHINYL ESTRADIOL TAB 3-0.03 MG; SYEDA TAB 3-0.03MG; ZUMANDIMINE TAB 3-0.03MG	Tier 1	02/01/2026
OGSIVEO TAB 50MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	OGSIVEO TAB 100MG, 150MG	Tier 1	02/01/2026
POLYCIN OPHTH OINT	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	BACITRACIN-POLYMYXIN B OPHTH OINT	Tier 1	03/01/2026
REGRANEX GEL 0.01%	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	Consult Your Health Care Provider		01/01/2026
SULFACETAMIDE SODIUM OPHTH OINT 10%	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	SULFACETAMIDE SODIUM OPHTH SOLN 10%	Tier 1	03/01/2026
SUMATRIPTAN SUCCINATE SOLUTION AUTO-INJECTOR 4MG/0.5ML	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	SUMATRIPTAN SUCCINATE SOLUTION AUTO-INJECTOR 6MG/0.5ML; SUMATRIPTAN SUCCINATE INJ 6MG/0.5ML	Tier 1	02/01/2026
SUMATRIPTAN SUCCINATE SOLUTION CARTRIDGE 4MG/0.5ML	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	SUMATRIPTAN SUCCINATE SOLUTION AUTO-INJECTOR 6MG/0.5ML; SUMATRIPTAN SUCCINATE INJ 6MG/0.5ML	Tier 1	02/01/2026
SUMATRIPTAN SUCCINATE SOLUTION CARTRIDGE 6MG/0.5ML	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	SUMATRIPTAN SUCCINATE SOLUTION AUTO-INJECTOR 6MG/0.5ML; SUMATRIPTAN SUCCINATE INJ 6MG/0.5ML	Tier 1	02/01/2026
TAZICEF INJ 1GM	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	CEFTAZIDIME INJ 1GM	Tier 1	08/01/2026
TAZVERIK TAB 200MG	Deletion Of Drug From Formulary	Market Removal	Consult Your Health Care Provider		06/01/2026
TOBRAMYCIN SULFATE INJ 2GM/50ML	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	TOBRAMYCIN SULFATE INJ 80MG/2ML	Tier 1	02/01/2026
VIGPODER POW 500MG	Deletion Of Drug From Formulary	Manufacturer Discontinuation	VIGABATRIN PAK 500MG; VIGADRONE POW 500MG	Tier 1	02/01/2026
XARELTO SUSP 1MG/ML	Deletion Of Drug From Formulary	Generic Available	RIVAROXABAN SUSP 1MG/ML	Tier 1	01/01/2026

*Alternative drug(s) are drugs that you could consider with your prescriber. Only your prescriber can determine alternative drugs that are appropriate for you given the

individualized nature of drug therapy. Please consult your prescriber to confirm if this is an appropriate drug for you.

CCA One Care (HMO D-SNP) es un plan de necesidades especiales de doble elegibilidad (D-SNP) que tiene contratos con Medicare y MassHealth (Medicaid) para brindar los beneficios de ambos programas a los inscritos. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 866-610-2273 (TTY 711).

Puede obtener este documento de forma gratuita en otros formatos, como letra grande, braille o audio. Llame al 866-610-2273 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, los 7 días de la semana. La llamada es gratuita.

Aviso de no discriminación

Commonwealth Care Alliance, Inc. cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina, excluye a las personas ni las trata de manera diferente por cuestiones relacionadas con afecciones médicas, estado de salud, recepción de servicios de salud, experiencia con reclamaciones, historia clínica, discapacidad (incluido el deterioro conductual), estado civil, edad, sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género), orientación sexual, nacionalidad, raza, color, religión, credo, asistencia pública o lugar de residencia.
Commonwealth Care Alliance, Inc.:

- Proporciona recursos y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que puedan comunicarse de forma eficaz con nosotros, como los siguientes:
    - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
    - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios de idioma gratuitos para personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
    - Intérpretes calificados
    - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con Servicios al miembro.
Si considera que Commonwealth Care Alliance, Inc. no ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de otra manera por cuestiones relacionadas con afecciones médicas, estado de salud, recepción de servicios de salud, experiencia con reclamaciones, antecedentes médicos, discapacidad (incluido el deterioro conductual), estado civil, edad, sexo (incluidos los estereotipos sexuales y la identidad de género), orientación sexual, nacionalidad, raza, color, religión, credo, asistencia pública o lugar de residencia, puede presentar un reclamo en la siguiente dirección:

Commonwealth Care Alliance, Inc.
Civil Rights Coordinator
30 Winter Street, 11th Floor
Boston, MA 02108
Teléfono: 617-960-0474, ext. 3932 (TTY: 711) fax: 857-453-4517
Correo electrónico: civilrightscoordinator@commonwealthcare.org

Puede presentar un reclamo en persona o por correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar un reclamo, el coordinador de derechos civiles está disponible para ayudarlo.
También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, de manera electrónica a través del Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf, o por correo o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
Teléfono: 800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios de queja están disponibles en www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

Notice of Availability
Interpreter Services

English: If you speak English, free language assistance services are available. Auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Spanish: Si habla español, tiene a su disposición servicios de asistencia lingüística gratuitos. También están disponibles sin costo recursos auxiliares y servicios para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Chinese Mandarin: 如果您讲普通话， 我们可以提供免费的语言协助服务。此外， 还免费提供以无障碍格式提供信息的辅助工具和服务。请致电 1-866-610-2273 (TTY: 711)。

Chinese Cantonese: 如果您講粵語，我們可以提供免費的語言協助服務。此外，還免費提供以無障礙格式提供資訊的輔助工具和服務。請致電 1-866-610-2273 (TTY: 711)。

Tagalog: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit ang mga libreng serbisyo sa tulong sa wika. Ang mga pantulong na tulong at serbisyo para magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format ay makukuha rin nang walang bayad. Tumawag sa 1-866-610-2273 (TTY: 711).

French: Si vous parlez français, des services d’assistance linguistique gratuits sont disponibles. Des aides et services auxiliaires permettant de fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-866-610-2273 (TTY : 711).

Vietnamese: Nếu quý vị nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí. Các dịch vụ và phương tiện phụ trợ cung cấp thông tin ở định dạng dễ tiếp cận cũng được miễn phí. Gọi 1-866-610-2273 (TTY: 711).

German: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachunterstützungsdienste zur Verfügung. Hilfsmittel und Dienstleistungen zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten sind ebenfalls kostenlos verfügbar. Rufen Sie die Nummer +1-866-610-2273 (TTY: 711) an.

Korean: 한국어를 구사하는 경우, 무료 언어 지원 서비스를 이용할 수 있습니다. 접근 가능한 □□□□ □□□ □□□□ □□ □□□ □□□□ □□□ □□□□□. 1-866-610-2273 (TTY: 711) □□ □□□□□.

Russian: Если вы говорите на русском языке, вам могут предоставить бесплатные услуги переводчика. Также бесплатно предоставляются вспомогательные средства и услуги, позволяющие получать информацию в доступных форматах. Звоните по номеру 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Arabic: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، تتوفر خدمات المساعدة اللغوية المجانية. وتتوفر أيضًا مساعدات وخدمات إضافية لتوفير المعلومات بتنسيقات يسهل الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم **1-866-610-2273** (TTY: 711).

Hindi: यदि आप हिन्दी बोलते हैं, तो निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएँ उपलब्ध हैं। सुलभ प्रारूप में सूचना उपलब्ध कराने के लिए सहायक साधन और सेवाएं भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-866-610-2273 (TTY: 711) पर कॉल करें।

Notice of Availability 2026

Italian: Se parla italiano, può usufruire di servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sono disponibili gratuitamente anche dei servizi e supporti ausiliari che forniscono informazioni in formati accessibili. Chiami il numero 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Portuguese: se você fala português, serviços de assistência linguística gratuitos estão disponíveis. Recursos e serviços auxiliares para fornecer informações em formatos acessíveis também estão disponíveis gratuitamente. Ligue para 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Cape Verdean Creole: Si bu ta papia Kriolu di Kabu Verdi, sirvisus di apoiu lingustikui ta sta dispunível. També ta sta dispunível apoiu y sirvisus ausiliaris pa da informason na formatus asesível. Txoma pa 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Haitian Creole: Si ou pale kreyòl Ayisyen, gen sèvis asistans lang gratis ki disponib. Gen èd ak sèvis oksilyè pou bay enfòmasyon nan fòma aksesib ki disponib gratis tou. Rele 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Polish: Jeśli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnych usług pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Japanese: 日本語を話せる方は、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。受け入れ可能な方法で情報を入手するための補助手段やサービスも無料でご利用いただけます。1-866-610-2273 (TTY: 711) にお電話ください。

Gujarati: જો તમે ગુજરાતી બોલનાર છો, તો મફત ભાષા સહાય સેવા ઉપલબ્ધ છે. માહિતીને સુલભ ફોર્મેટમાં પ્રદાન કરવા માટે સહાયક સહાય અને સેવા પણ મફતમાં ઉપલબ્ધ છે. 1-866-610-2273 (TTY: 711) પર કૉલ કરો.

Lao/Laotian: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາຟຣີ. ການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ການບໍລິການເພື່ອສະໜອງຂໍ້ມູນໃນຮູບແບບທີ່ສາມາດເຂົ້າເຖິງໄດ້ແມ່ນຍັງສາມາດໃຊ້ໄດ້ໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ. ໂທ 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Greek: Εάν μιλάτε ελληνικά, διατίθενται δωρεάν υπηρεσίες γλωσσικής βοήθειας. Διατίθενται επίσης δωρεάν βοηθητικά μέσα και υπηρεσίες για την παροχή πληροφοριών σε προσβάσιμη μορφή. Καλέστε στο 1-866-610-2273 (TTY: 711).

Khmer: ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ នោះនឹងមាន
ការផ្តល់ជូនសេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ។ ជំនួយ និងសេវាក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានជាទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើបានក៏នឹងមានផ្តល់ជូនដោយឥតគិតថ្លៃផងដែរ។ ទូរសព្ទទៅ 1-866-610-2273 (TTY: 711)។