

AVISO DE CAMBIOS A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS*

El resumen que se presenta a continuación describe los cambios a las listas de medicamentos cubiertos [del 2026] de Presbyterian Senior Care (HMO) / (HMO-POS) y Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP).

Puede cambiar en cualquier momento la lista de medicamentos cubiertos [*formulary*]. Recibirá un aviso cuando sea necesario.

Para conseguir la lista de medicamentos más reciente, la información sobre cómo obtener una excepción o determinación de la cobertura u otras preguntas, favor de ponerse en contacto con el Centro de Servicio al Cliente de Presbyterian.

Presbyterian Senior Care:



(505) 923-6060
1-800-797-5343
(TTY 711)



Del 1° de octubre al 31° de marzo:
De las 8 a.m. a las 8 p.m., los siete días
de la semana (salvo los días feriados)

Del 1° de abril al 30 de septiembre:
De las 8 a.m. a las 8 p.m., de lunes a
viernes (salvo los días feriados)

Presbyterian Dual Plus:



(505) 923-7675
1-855-465-7737
(TTY 711)



www.phs.org/Medicare

Cambios positivos y neutrales en la lista de medicamentos cubiertos [formulary]

Fecha de vigencia del cambio	Nombre del medicamento	Descripción del cambio	Nivel	Información adicional	Alternativa(s) de la lista de medicamentos y el nivel (si corresponde por eliminación de dicha lista)
1/1/2026	ABIGALE TABLET 0.5-0.1 MG, 1-0.5 MG ORAL	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	4	T4, PA	
1/1/2026	ABILIFY MAINTENA PREFILLED SYRINGE 400 MG INTRAMUSCULAR	SE HA BAJADO EL NIVEL	4	T4	
1/1/2026	ABILIFY MAINTENA SUSPENSION RECONSTITUTED ER 300 MG, 400 MG INTRAMUSCULAR	SE HA BAJADO EL NIVEL	4	T4, NDS	
1/1/2026	ABIRTEGA TABLET 250 MG ORAL	SE HA BAJADO EL NIVEL	2	T2, QL (4 PER 1 DAY)	
1/1/2026	ALBENDAZOLE TABLET 200 MG ORAL	SE HA BAJADO EL NIVEL	4	T4, NDS	
1/1/2026	ARIPIRAZOLE TABLET DISPERSIBLE 10 MG, 15 MG ORAL	SE HA BAJADO EL NIVEL	4	T4, PA, QL (2 PER 1 DAY), NDS	
1/1/2026	AUGTYRO CAPSULE 160 MG ORAL	SE HA AUMENTADO QL	5	T5, PA, QL (2 PER 1 DAY), NDS	
1/1/2026	AZTREONAM SOLUTION RECONSTITUTED 2 GM INJECTION	SE HA BAJADO EL NIVEL	4	T4, NDS	
1/1/2026	BUCAPSOL CAPSULE 15 MG ORAL	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS	4	T4	

		OS CUBIERTOS			
1/1/2026	BUPRENORPHINE HCL TABLET SUBLINGUAL 2 MG, 8 MG SUBLINGUAL	SE HA AUMENTADO QL	2	T2, QL (4 PER 1 DAY)	
1/1/2026	BUPRENORPHINE HCL-NALOXONE FILM 12-3 MG SUBLINGUAL	SE HA AUMENTADO QL	4	T4, QL (3 PER 1 DAY), NDS	
1/1/2026	BUPRENORPHINE FILM 2 MG, 4 MG, 8 MG SUBLINGUAL	SE HA AUMENTADO QL	4	T4, QL (4 PER 1 DAY)	
1/1/2026	BUPRENORPHINE HCL-NALOXONE TABLET SUBLINGUAL 2-0.5 MG, 8-2 MG SUBLINGUAL	SE HA AUMENTADO QL	2	T2, QL (4 PER 1 DAY)	
1/1/2026	CIBINQO TABLET 50 MG, 100 MG, 200 MG ORAL	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENT OS CUBIERTOS	5	T5, PA, QL (1 PER 1 DAY), NDS	
1/1/2026	CLINDAMYCIN PHOS-BENZOYL GEL 1.2-2.5% EXTERNAL	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENT OS CUBIERTOS	2	T2	
1/1/2026	COSENTYX (300 MG DOSE) SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML SUBCUTANEOUS	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENT OS CUBIERTOS	5	T5, PA, QL (34 PER 365 DAYS), NDS	
1/1/2026	COSENTYX SENSOREADY (300 MG) SOLUTION AUTO-INJECTOR 150	SE HA AGREGADO A	5	T5, PA, QL (34 PER 365 DAYS), NDS	

	MG/ML SUBCUTANEOUS	LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS			
1/1/2026	COSENTYX SOLUTION PREFILLED SYRINGE 75 MG/0.5ML SUBCUTANEOUS	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	T5, PA, QL (9 PER 365 DAYS), NDS	
1/1/2026	COSENTYX UNOREADY SOLUTION AUTO-INJECTOR 300 MG/2ML SUBCUTANEOUS	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	T5, PA, QL (34 PER 365 DAYS), NDS	
1/1/2026	CRESEMBA CAPSULE 186 MG ORAL	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	T5, PA, QL (6 PER 1 DAY), NDS	
1/1/2026	CRESEMBA CAPSULE 74.5 MG ORAL	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	T5, PA, QL (15 PER 1 DAY), NDS	
1/1/2026	CYCLOBENZAPRINE HCL TABLET 5 MG, 7.5 MG, 10 MG ORAL	SE ACTUALIZARON LOS CRITERIOS DE AUTORIZACIÓN PREVIA	2	T2, PA, QL (3 PER 1 DAY)	
1/1/2026	DAPAGLIFLOZIN PROPANEDIOL TABLET 5 MG, 10 MG ORAL	SE HA AGREGADO A	3	T3, QL (1 PER 1 DAY)	

		LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS			
1/1/2026	DARUNAVIR TABLET 600 MG ORAL	SE HA BAJADO EL NIVEL	4	T4, QL (2 PER 1 DAY), NDS	
1/1/2026	EDURANT PED TABLET SOLUBLE 2.5 MG ORAL	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	T5, NDS	
1/1/2026	EFAVIRENZ-EMTRICITAB-TENOFO DF TABLET 600 MG ORAL	SE HA BAJADO EL NIVEL	4	T4, QL (1 PER 1 DAY), NDS	
1/1/2026	ELTROMBOPAG OLAMINE PACKET 12.5 MG ORAL	SE HA AUMENTADO QL	5	T5, PA, QL (12 PER 1 DAY), NDS	
1/1/2026	ELTROMBOPAG OLAMINE PACKET 25 MG ORAL	SE HA AUMENTADO QL	5	T5, PA, QL (6 PER 1 DAY), NDS	
1/1/2026	ELTROMBOPAG OLAMINE TABLET 12.5 MG, 25 MG ORAL	LÍMITE DE EDAD ACTUALIZADO	5	T5, PA, QL (1 PER 1 DAY), NDS	
1/1/2026	EPRONTIA SOLUTION 25 MG/ML ORAL	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	4	T4, QL (16 PER 1 DAY), ST	
1/1/2026	ERAXIS SOLUTION RECONSTITUTED 50 MG INTRAVENOUS	SE HA BAJADO EL NIVEL	4	T4, NDS	
1/1/2026	ERZOFRI SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 117 MG/0.75ML INTRAMUSCULAR	LÍMITE DE EDAD ACTUALIZADO	5	T5, PA, QL (1 PER 28 DAYS), NDS, AGE	

1/1/2026	EUCRISA OINTMENT 2 % EXTERNAL	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	4	T4	
1/1/2026	FANAPT TABLET 1 MG, 2 MG, 6 MG, 8 MG, 10 MG, 12 MG ORAL	SE ACTUALIZARON LOS CRITERIOS DE AUTORIZACIÓN PREVIA	5	T5, PA, QL (2 PER 1 DAY), NDS	
1/1/2026	FANAPT TABLET 4 MG ORAL	SE ACTUALIZARON LOS CRITERIOS DE AUTORIZACIÓN PREVIA	4	T4, PA, QL (2 PER 1 DAY)	
1/1/2026	IBTROZI CAPSULE 200 MG ORAL	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	T5, PA, NDS	
1/1/2026	IMATINIB MESYLATE TABLET 100 MG ORAL	SE HA BAJADO EL NIVEL	4	T4, PA, QL (2 PER 1 DAY), NDS	
1/1/2026	JARDIANCE TABLET 10 MG ORAL	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	3	T3, QL (1 PER 1 DAY)	
1/1/2026	JARDIANCE TABLET 25 MG ORAL	SE HA AGREGADO A	3	T3	

		LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS			
1/1/2026	KLOXXADO LIQUID 8 MG/0.1ML NASAL	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	4	T4	
1/1/2026	LEVEMIR FLEXPEN SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	3	T3, QL (45 PER 30 DAYS)	
1/1/2026	LEVEMIR FLEXTOUCH SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	3	T3, QL (45 PER 30 DAYS)	
1/1/2026	LEVEMIR SOLUTION 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	3	T3, QL (50 PER 30 DAYS)	
1/1/2026	LUBIPROSTONE CAPSULE 8 MCG, 24 MCG ORAL	LÍMITE DE CANTIDAD ACTUALIZADO	3	T3	
1/1/2026	LURASIDONE HCL TABLET 20 MG, 40 MG, 60 MG, 120 MG ORAL	TERAPIA ESCALONADA ELIMINADA	4	T4, QL (1 PER 1 DAY)	
1/1/2026	LURASIDONE HCL TABLET 80 MG ORAL	TERAPIA ESCALONADA	4	T4, QL (2 PER 1 DAY)	

		ELIMINADA			
1/1/2026	LUTRATE DEPOT INJECTABLE 22.5 MG INTRAMUSCULAR	NDS ELIMINADOS	4	T4	
1/1/2026	MICAFUNGIN SODIUM SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG INTRAVENOUS	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	4	T4	
1/1/2026	MIRABEGRON ER TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG, 50 MG ORAL	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	3	T3, QL (1 PER 1 DAY)	
1/1/2026	NEXLETOL TABLET 180 MG ORAL	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	4	T4, PA, QL (1 PER 1 DAY)	
1/1/2026	NILOTINIB HCL CAPSULE 50 MG, 150 MG, 200 MG ORAL	LÍMITE DE CANTIDAD ACTUALIZADO	5	T5, PA, QL (4 PER 1 DAY), NDS	
1/1/2026	NOVOLOG PENFILL SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	3	T3, QL (45 PER 30 DAYS)	
1/1/2026	NURTEC TABLET DISPERSIBLE 75 MG ORAL	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENT	5	T5, PA, QL (18 PER 30 DAYS), NDS	

		OS CUBIERTOS			
1/1/2026	ORQUIDEA TABLET 0.35 MG ORAL	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	2	T2	
1/1/2026	OXYBUTYNIN CHLORIDE SOLUTION 5 MG/5ML ORAL	TERAPIA ESCALONADA ELIMINADA	2	T2	
1/1/2026	OXYBUTYNIN CHLORIDE SYRUP 5 MG/5ML ORAL	TERAPIA ESCALONADA ELIMINADA	2	T2	
1/1/2026	OXYBUTYNIN CHLORIDE TABLET 5 MG ORAL	TERAPIA ESCALONADA ELIMINADA	2	T2	
1/1/2026	OXYBUTYNIN CHLORIDE TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5 MG, 10 MG, 15 MG ORAL	TERAPIA ESCALONADA ELIMINADA	2	T2	
1/1/2026	PENMENVY SUSPENSION RECONSTITUTED INTRAMUSCULAR	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	3	T3	
1/1/2026	PERAMPANEL TABLET 2 MG ORAL	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	4	T4, QL (1 PER 1 DAY), ST, NDS	
1/1/2026	PERAMPANEL TABLET 4 MG, 6 MG, 8 MG, 10 MG, 12 MG ORAL	SE HA AGREGADO A	5	T5, QL (1 PER 1 DAY), ST, NDS	

		LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS			
1/1/2026	PERSERIS PREFILLED SYRINGE 90 MG, 120 MG SUBCUTANEOUS	SE ACTUALIZARON LOS CRITERIOS DE AUTORIZACIÓN PREVIA	5	T5, PA, NDS	
1/1/2026	PREDNISOLONE TABLET 5 MG ORAL	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	2	T2	
1/1/2026	QUETIAPINE FUMARATE TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50 MG ORAL	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	2	T2	
1/1/2026	REVCIVI SOLUTION 2.4 MG/1.5ML INTRAMUSCULAR	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	T5, PA, NDS	
1/1/2026	REZDIFFRA TABLET 60 MG, 80 MG, 100 MG ORAL	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	T5, PA, QL (1 PER 1 DAY), NDS	
1/1/2026	ROFLUMILAST TABLET 250 MCG ORAL	SE ACTUALIZARON	4	T4, QL (1 PER 1 DAY), NDS	

		LOS CRITERIOS DE AUTORIZACIÓN PREVIA			
1/1/2026	ROFLUMILAST TABLET 500 MCG ORAL	SE ACTUALIZARON LOS CRITERIOS DE AUTORIZACIÓN PREVIA	4	T4, QL (1 PER 1 DAY)	
1/1/2026	SACUBITRIL-VALSARTAN TABLET 24 MG, 49 MG, 97 MG ORAL	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	3	T3, QL (2 PER 1 DAY)	
1/1/2026	SIROLIMUS SOLUTION 1 MG/ML ORAL	SE HA BAJADO EL NIVEL	4	T4, PA, NDS	
1/1/2026	TERIPARATIDE SOLUTION PEN-INJECTOR 560 MCG/2.24ML SUBCUTANEOUS	SE ACTUALIZARON LOS CRITERIOS DE AUTORIZACIÓN PREVIA	5	T5, PA, QL (2 PER 28 DAYS), NDS	
1/1/2026	TERIPARATIDE SOLUTION PEN-INJECTOR 620 MCG/2.48ML SUBCUTANEOUS	SE ACTUALIZARON LOS CRITERIOS DE AUTORIZACIÓN PREVIA	5	T5, PA, QL (2 PER 28 DAYS), NDS	
1/1/2026	TETRABENAZINE TABLET 12.5 MG ORAL	SE HA AUMENTADO	4	T4, PA, QL (3 PER 1 DAY), NDS	

		EL NIVEL			
1/1/2026	THALOMID CAPSULE 100 MG ORAL	SE HA AUMENTADO QL	5	T5, PA, QL (4 PER 1 DAY), NDS	
1/1/2026	THALOMID CAPSULE 50 MG ORAL	SE HA AUMENTADO QL	5	T5, PA, QL (8 PER 1 DAY), NDS	
1/1/2026	TICAGRELOR TABLET 60 MG ORAL	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	3	T3, QL (2 PER 1 DAY)	
1/1/2026	TICAGRELOR TABLET 90 MG ORAL	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	3	T3	
1/1/2026	TOLTERODINE TARTRATE CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2 MG, 4 MG ORAL	TERAPIA ESCALONADA ELIMINADA	4	T4, QL (1 PER 1 DAY)	
1/1/2026	TOLTERODINE TARTRATE TABLET 1 MG, 2 MG ORAL	TERAPIA ESCALONADA ELIMINADA	2	T2	
1/1/2026	TOLVAPTAN TABLET 30 MG ORAL	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	T5, PA, QL (2 PER 1 DAY), NDS	
1/1/2026	TOLVAPTAN TABLET THERAPY PACK 15 MG, 3015 MG, 4515 MG, 6030	SE HA AGREGADO A	5	T5, PA, QL (2 PER 1 DAY), NDS	

	MG, 9030 MG ORAL	LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS			
1/1/2026	TOPIRAMATE SOLUTION 25 MG/ML ORAL	TERAPIA ESCALONADA ELIMINADA	4	T4	
1/1/2026	TORPENZ TABLET 2.5 MG, 5 MG, 7.5 MG, 10 MG ORAL	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	T5, PA, NDS	
1/1/2026	TRIKAFTA TABLET THERAPY PACK 50 MG, 100 MG ORAL	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	T5, PA, QL (84 PER 28 DAYS), NDS	
1/1/2026	TRIKAFTA THERAPY PACK 80 MG, 100 MG ORAL	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	T5, PA, QL (56 PER 28 DAYS), NDS	
1/1/2026	TROSPIUM CHLORIDE CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 60 MG ORAL	TERAPIA ESCALONADA ELIMINADA	4	T4, QL (1 PER 1 DAY)	
1/1/2026	TYENNE SOLUTION AUTO-INJECTOR 162 MG/0.9ML SUBCUTANEOUS	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	T5, PA, QL (4 PER 28 DAYS), NDS	
1/1/2026	TYENNE SOLUTION PREFILLED SYRINGE 162 MG/0.9ML	SE HA AGREGADO A	5	T5, PA, QL (4 PER 28 DAYS), NDS	

	SUBCUTANEOUS	LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS			
1/1/2026	TYMLOS SOLUTION PEN-INJECTOR 3120 MCG/1.56ML SUBCUTANEOUS	SE ACTUALIZARON LOS CRITERIOS DE AUTORIZACIÓN PREVIA	5	T5, PA, QL (2 PER 30 DAYS), NDS	
1/1/2026	TYVASO DPI MAINTENANCE KIT POWDER 16 MCG, 16 & 32 & 48 MCG, 32 MCG, 48 MCG, 64 MCG INHALATION	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	T5, PA, NDS	
1/1/2026	TYVASO DPI TITRATION KIT POWDER 16 MCG, 16 & 32 & 48 MCG, 32 MCG, 48 MCG, 64 MCG INHALATION	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	T5, PA, NDS	
1/1/2026	USTEKINUMAB SOLUTION 45 MG/0.5ML SUBCUTANEOUS	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	T5, PA, NDS	
1/1/2026	USTEKINUMAB SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML SUBCUTANEOUS	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	T5, PA, NDS	
1/1/2026	USTEKINUMAB SOLUTION PREFILLED SYRINGE 90 MG/ML	SE HA AGREGADO A	5	T5, PA, NDS	

	SUBCUTANEOUS	LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS			
1/1/2026	VIMKUNYA SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 40 MCG/0.8ML INTRAMUSCULAR	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	3	T3	
1/1/2026	VIVOTIF CAPSULE DELAYED RELEASE ORAL	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	3	T3	
1/1/2026	WINREVAIR KIT 2 X 45 MG, 2 X 60 MG, 45 MG, 60 MG SUBCUTANEOUS	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	T5, PA, NDS	
1/1/2026	XPOVIO TABLET THERAPY PACK 10 MG, 20 MG ORAL	LÍMITE DE CANTIDAD ACTUALIZADO	5	T5, PA, QL (16 PER 28 DAYS), NDS	
1/1/2026	ZTALMY SUSPENSION 50 MG/ML ORAL	SE ACTUALIZARON LOS CRITERIOS DE AUTORIZACIÓN PREVIA	5	T5, NDS	
1/1/2026	ZYMFENTRA AUTO-INJECTOR KIT 120 MG/ML SUBCUTANEOUS	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENT	5	T5, PA, QL (1 PER 28 DAYS), NDS	

		OS CUBIERTOS			
1/1/2026	ZYMFENTRA PREFILLED SYRINGE KIT 120 MG/ML SUBCUTANEOUS	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENT OS CUBIERTOS	5	T5, PA, QL (1 PER 28 DAYS), NDS	
1/1/2026	XATMEP SOLUTION 2.5 MG/ML ORAL	SE ACTUALIZARON LOS CRITERIOS DE AUTORIZACIÓN PREVIA	4	T4	
2/1/2026	AMJEVITA SOLUTION 40 MG/0.8ML PREFILLED SYRINGE	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENT OS CUBIERTOS	5	PA; NDS	
2/1/2026	AMJEVITA-PED SOLUTION 10 MG/ 0.2 ML, 20 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4 ML PREFILLED SYRINGE	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENT OS CUBIERTOS	5	PA	
2/1/2026	BRUKINSA MG 160 TABLET	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENT OS CUBIERTOS	5	QL (2 per 1 day); NDS	
2/1/2026	ESCITALOPRAM OXALATE MG 15 CAPSULE	SE HA AGREGADO A	4		

		LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS			
2/1/2026	EXXUA MG 18.2, 54.5, 72.6 TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	QL (1 per 1 day); NDS	
2/1/2026	EXXUA MG 36.3 TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	QL (1 per 1 day)	
2/1/2026	FIDAXOMICIN MG 200 TABLET	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	QL (2 per 3 days); NDS	
2/1/2026	GLYCEROL PHENYLBUTYRATE 1.1 GM/ML LIQUID	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	NDS	
2/1/2026	INLURIYO MG 200 TABLET	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	QL (2 per 1 day); NDS	
2/1/2026	LOMUSTINE MG 10, 100, 40 CAPSULE	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE	4		

		MEDICAMENTOS CUBIERTOS			
2/1/2026	LUIZZA 1/20 1-20 MG-MCG 1-20, 1.5-30 TABLET	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	3		
2/1/2026	OTEZLA XR MG 75 TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	PA; QL (1 per 1 day); NDS	
2/1/2026	RIVAROXABAN MG 2.5 TABLET	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	3	QL (2 per 1 day)	
2/1/2026	STEQEYMA MG/ML 90 SOLUTION PREFILLED SYRINGE	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	PA	
2/1/2026	VABRINTY MG 22.5 KIT	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	NDS	
2/1/2026	VABRINTY MG 30 KIT	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5		

		OS CUBIERTOS			
2/1/2026	VABRINTY MG 45 KIT	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	NDS	
2/1/2026	VALTYA 1/35 1-35 MG-MCG 1-35 TABLET	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	3		
2/1/2026	YESINTEK MG/ML 90 SOLUTION PREFILLED SYRINGE	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	PA; NDS	
2/1/2026	MIRABEGRON ER MG 25, 50 TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	SE HA BAJADO EL NIVEL	2	QL (1 per 1 day)	
3/1/2026	BUPROPION HCL ER (XL) 450 MG TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	4	QL (1 per 1 day)	
3/1/2026	ENSACOVE 100 MG CAPSULE	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	QL (2 per 1 day); NDS	
3/1/2026	ENSACOVE 25 MG CAPSULE	SE HA AGREGADO A	5	QL (1 per 1 day); NDS	

		LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS			
3/1/2026	HADLIMA 40 MG SOLUTION PREFILLED SYRINGE	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	PA	
3/1/2026	KOSELUGO 5 MG, 7.5 MG CAPSULE SPRINKLE	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	NDS	
3/1/2026	LIOMNY 5 MCG, 25 MCG, 50 MCG TABLET	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	2		
3/1/2026	OTEZLA / OTEZLA XR INITIATION PK 10 MG, 20 MG, 30 MG & (ER) 75 MG TABLET THERAPY PACK	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	PA; QL (82 per 365 days)	
3/1/2026	PREZCOBIX 675-150 MG TABLET	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	QL (1 per 1 day); NDS	
3/1/2026	SUBVENITE 10 MG/ML SUSPENSION	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE	5	NDS	

		MEDICAMENTOS CUBIERTOS			
3/1/2026	TELMISARTAN 20 MG, 40 MG, 80 MG TABLET	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	2		
3/1/2026	TYVASO DPI MAINTENANCE 112 × 32 MCG, 112 × 48 MCG, 80 MCG POWDER	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	PA; NDS	
3/1/2026	VYNDAMAX 61 MG CAPSULE	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	PA; QL (1 per 1 day); NDS	

Cambios negativos en la lista de medicamentos cubiertos

Fecha de vigencia del cambio	Nombre del medicamento	Descripción del cambio	Nivel	Información adicional	Alternativa(s) de la lista de medicamentos y el nivel (si corresponde por eliminación de dicha lista)	Aviso al asegurado
1/1/2026	ACETAMINOPHEN-CODEINE #2 TABLET 300-15 MG ORAL	SE HA AUMENTADO EL NIVEL	3	T3, QL (6 PER 1 DAY), NDS		–A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.

						<p>–A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de [<i>Evidence of Coverage, EOC</i>].</p>
1/1/2026	ACETAMINOPHEN-CODEINE #3 TABLET 300-15 MG ORAL	SE HA AUMENTADO EL NIVEL	3	T3, QL (6 PER 1 DAY), NDS		<p>–A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.</p> <p>–A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de [<i>Evidence of Coverage, EOC</i>].</p>
1/1/2026	ACETAMINOPHEN-CODEINE #4 TABLET 300-15 MG ORAL	SE HA AUMENTADO EL NIVEL	3	T3, QL (6 PER 1 DAY), NDS		<p>– A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.</p> <p>– A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de [<i>Evidence of Coverage, EOC</i>].</p>

1/1/2026	ACETAMINOPHEN-CODEINE SOLUTION 120 MG/5ML ORAL	SE HA AUMENTADO EL NIVEL	3	T3, NDS		<p>-- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.</p> <p>-- A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de [<i>Evidence of Coverage, EOC</i>].</p>
1/1/2026	ACETAMINOPHEN-CODEINE SOLUTION 300-15 MG/12.5ML ORAL	SE HA AUMENTADO EL NIVEL	3	T3, NDS		<p>-- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.</p> <p>-- A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de [<i>Evidence of Coverage, EOC</i>].</p>
1/1/2026	ACETAMINOPHEN-CODEINE TABLET 300-30 MG ORAL	SE HA AUMENTADO EL NIVEL	3	T3, QL (6 PER 1 DAY), NDS		<p>- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.</p> <p>- A los asegurados se les envió</p>

						un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	ACTEMRA ACTPEN SOLUTION AUTO-INJECTOR 162 MG/0.9ML SUBCUTANEOUS	SE HA ELIMINADO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS			T5: TYENNE SOLUTION AUTO-INJECTOR 162 MG/0.9ML SUBCUTANEOUS	- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días. - A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	ACTEMRA SOLUTION PREFILLED SYRINGE 162 MG/0.9ML SUBCUTANEOUS	SE HA ELIMINADO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS			T5: TYENNE SOLUTION PREFILLED SYRINGE 162 MG/0.9ML SUBCUTANEOUS	- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días. - A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK THERAPY PACK 0.8 & 200 MG ORAL	ACTUALIZACIÓN DEL LÍMITE DE CANTIDAD	5	T5, PA, QL (66 PER 28 DAYS), NDS		- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días. - A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de

						medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	BRILINTA TABLET 60 MG, 90 MG ORAL	SE HA ELIMINADO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS			T3: TICAGRELOR TABLET 60 MG, 90 MG ORAL	- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días. - A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	BUPROPION HCL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 450 MG ORAL	SE HA ELIMINADO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS				- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días. - A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	ENTRESTO TABLET 24 MG, 49 MG, 97 MG ORAL	SE HA ELIMINADO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS			T3: SACUBITRIL-VALSARTAN TABLET 24 MG, 49 MG, 97 MG ORAL	- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días. - A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año

						del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	FORTEO SOLUTION 600 MCG/2.4ML SUBCUTANEOUS	SE HA ELIMINADO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS			T5: TERIPARATIDE SOLUTION PEN-INJECTOR 560 MCG/2.24ML SUBCUTANEOUS	- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días. - A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	FORTEO SOLUTION SOLUTION PEN-INJECTOR 620 MCG/2.48ML SUBCUTANEOUS	SE HA ELIMINADO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS			T5: TERIPARATIDE SOLUTION PEN-INJECTOR 620 MCG/2.48ML SUBCUTANEOUS	- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días. - A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	FYCOMPA TABLET 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG, 10 MG, 12 MG ORAL	SE HA ELIMINADO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS			T5: PERAMPANEL TABLET 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG, 10 MG, 12 MG ORAL	- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días. - A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de

						[Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	HUMALOG KWIKPEN SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS	LÍMITE DE CANTIDAD ACTUALIZADO	3	T3, QL (45 PER 30 DAYS)		- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días. - A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	HUMALOG MIX SUSPENSION 75 UNIT/ML SUBCUTANEOUS	LÍMITE DE CANTIDAD ACTUALIZADO	3	T3, QL (50 PER 30 DAYS)		- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días. - A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	HUMALOG MIX SUSPENSION PEN-INJECTOR 75 UNIT/ML SUBCUTANEOUS	LÍMITE DE CANTIDAD ACTUALIZADO	3	T3, QL (45 PER 30 DAYS)		- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días. - A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de

						[Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	HUMALOG SOLUTION 100 UNIT/ML INJECTION	LÍMITE DE CANTIDAD ACTUALIZADO	3	T3, QL (50 PER 30 DAYS)		- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días. - A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	HYDROCODONE-ACETAMINOPHEN TABLET 5-325 MG, 7.5-325 MG, 10-325 MG ORAL	SE HA AUMENTADO EL NIVEL	3	T3, QL (6 PER 1 DAY), NDS		- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días. - A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	HYDROCODONE-IBUPROFEN TABLET 7.5 MG-200 MG ORAL	SE HA AUMENTADO EL NIVEL	3	T3, QL (6 PER 1 DAY), NDS		- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días. - A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de

						[Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	HYDROMORPHONE HCL TABLET 2 MG, 4 MG ORAL	SE HA AUMENTADO EL NIVEL	3	T3, QL (6 PER 1 DAY), NDS		- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días. - A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	HYDROMORPHONE HCL TABLET 8 MG ORAL	SE HA AUMENTADO EL NIVEL	3	T3, QL (3 PER 1 DAY), NDS		- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días. - A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	INSULIN LISPRO SOLUTION 100 UNIT/ML INJECTION	LÍMITE DE CANTIDAD ACTUALIZADO	3	T3, QL (50 PER 30 DAYS)		- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días. - A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de

						[Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	INSULIN LISPRO SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS	LÍMITE DE CANTIDAD ACTUALIZADO	3	T3, QL (45 PER 30 DAYS)		- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días. - A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	INVEGA HAFYERA SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1092 MG/3.5ML INTRAMUSCULAR	SE HAN AGREGADO CRITERIOS	5	T5, PA, QL (4.0 PER 180 DAYS), NDS		- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días. - A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	INVEGA HAFYERA SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1560 MG/5ML INTRAMUSCULAR	SE HAN AGREGADO CRITERIOS	5	T5, PA, QL (5 PER 180 DAYS), NDS		-- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días. -- A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su

						Evidencia de [<i>Evidence of Coverage, EOC</i>].
1/1/2026	INVEGA SUSTENNA SUSPENSION 117 MG/0.75ML INTRAMUSCULAR	SE HAN AGREGADO CRITERIOS	5	T5, PA, NDS		-- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días. -- A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de [<i>Evidence of Coverage, EOC</i>].
1/1/2026	INVEGA SUSTENNA SUSPENSION 156 MG/ML INTRAMUSCULAR	SE HAN AGREGADO CRITERIOS	5	T5, PA, NDS		- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días. - A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de [<i>Evidence of Coverage, EOC</i>].
1/1/2026	INVEGA SUSTENNA SUSPENSION 234 MG/1.5ML INTRAMUSCULAR	SE HAN AGREGADO CRITERIOS	5	T5, PA, NDS		- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días. - A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de

						medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	INVEGA SUSTENNA SUSPENSION 39 MG/0.25ML INTRAMUSCULAR	SE HAN AGREGADO CRITERIOS	4	T4, PA		- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días. - A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	INVEGA SUSTENNA SUSPENSION 78 MG/0.5ML INTRAMUSCULAR	SE HAN AGREGADO CRITERIOS	5	T5, PA, NDS		- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días. - A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	INVEGA SUSTENNA SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 117 MG/0.75ML INTRAMUSCULAR	SE HAN AGREGADO CRITERIOS	5	T5, PA, NDS		- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días. - A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año

						del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	INVEGA SUSTENNA SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 156 MG/ML INTRAMUSCULAR	SE HAN AGREGADO CRITERIOS	5	T5, PA, NDS		- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días. - A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	INVEGA SUSTENNA SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 234 MG/1.5ML INTRAMUSCULAR	SE HAN AGREGADO CRITERIOS	5	T5, PA, NDS		- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días. - A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	INVEGA SUSTENNA SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 39 MG/0.25ML INTRAMUSCULAR	SE HAN AGREGADO CRITERIOS	4	T4, PA		- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días. - A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de

						[Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	INVEGA SUSTENNA SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 78 MG/0.5ML INTRAMUSCULAR	SE HAN AGREGADO CRITERIOS	5	T5, PA, NDS		- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días. - A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	INVEGA TRINZA SUSPENSION 273 MG/0.875ML INTRAMUSCULAR	SE HAN AGREGADO CRITERIOS	5	T5, PA, NDS		- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días. - A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	INVEGA TRINZA SUSPENSION 410 MG/1.315ML INTRAMUSCULAR	SE HAN AGREGADO CRITERIOS	5	T5, PA, NDS		- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días. - A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de

						[Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	INVEGA TRINZA SUSPENSION 546 MG/1.75ML INTRAMUSCULAR	SE HAN AGREGADO CRITERIOS	5	T5, PA, NDS		- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días. - A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	INVEGA TRINZA SUSPENSION 819 MG/2.625ML INTRAMUSCULAR	SE HAN AGREGADO CRITERIOS	5	T5, PA, NDS		- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días. - A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	INVEGA TRINZA SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 273 MG/0.875ML INTRAMUSCULAR	SE HAN AGREGADO CRITERIOS	5	T5, NDS		- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días. - A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de

						[Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	INVEGA TRINZA SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 273 MG/0.88ML INTRAMUSCULAR	SE HAN AGREGADO CRITERIOS	5	T5, PA, NDS		- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días. - A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	INVEGA TRINZA SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 410 MG/1.315ML INTRAMUSCULAR	SE HAN AGREGADO CRITERIOS	5	T5, PA, NDS		- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días. - A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	INVEGA TRINZA SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 410 MG/1.32ML INTRAMUSCULAR	SE HAN AGREGADO CRITERIOS	5	T5, PA, NDS		- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días. - A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de

						[Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	INVEGA TRINZA SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 546 MG/1.75ML INTRAMUSCULAR	SE HAN AGREGADO CRITERIOS	5	T5, PA, NDS		- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días. - A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	INVEGA TRINZA SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 819 MG/2.625ML INTRAMUSCULAR	SE HAN AGREGADO CRITERIOS	5	T5, PA, NDS		- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días. - A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	INVEGA TRINZA SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 819 MG/2.63ML INTRAMUSCULAR	SE HAN AGREGADO CRITERIOS	5	T5, PA, NDS		- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días. - A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de

						[Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	INVOKANA TABLET 100 MG, 300 MG ORAL	SE HA ELIMINADO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS				- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días. - A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	LANTUS SOLOSTAR SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS	LÍMITE DE CANTIDAD ACTUALIZADO	3	T3, QL (45 PER 30 DAYS)		- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días. - A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	LANTUS SOLUTION 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS	LÍMITE DE CANTIDAD ACTUALIZADO	3	T3, QL (50 PER 30 DAYS)		- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días. - A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de

						[Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	METHADONE HCL TABLET 10 MG ORAL	SE HA AUMENTADO EL NIVEL	3	T3, QL (4 PER 1 DAY), NDS		-- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días. -- A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	METHADONE HCL TABLET 5 MG ORAL	SE HA AUMENTADO EL NIVEL	3	T3, QL (6 PER 1 DAY), NDS		- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días. - A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	MORPHINE SULFATE TABLET EXTENDED RELEASE 15 MG, 30 MG ORAL	SE HA AUMENTADO EL NIVEL	3	T3, QL (3 PER 1 DAY), NDS		- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días. - A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de

						medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	MORPHINE SULFATE TABLET EXTENDED RELEASE 60 MG, 100 MG, 200 MG ORAL	SE HA AUMENTADO EL NIVEL	3	T3, QL (2 PER 1 DAY), NDS		- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días. - A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	ORPHENADRINE CITRATE TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 100 MG ORAL	SE HAN AGREGADO CRITERIOS	2	T2, PA		- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días. - A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	OXYCODONE HCL TABLET 15 MG ORAL	SE HA AUMENTADO EL NIVEL	3	T3, QL (5 PER 1 DAY), NDS		- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días. - A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año

						del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	OXYCODONE HCL TABLET 20 MG ORAL	SE HA AUMENTADO EL NIVEL	3	T3, QL (4 PER 1 DAY), NDS		- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días. - A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	OXYCODONE HCL TABLET 30 MG ORAL	SE HA AUMENTADO EL NIVEL	3	T3, QL (2 PER 1 DAY), NDS		- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días. - A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	OXYCODONE HCL TABLET 5 MG, 10 MG ORAL	SE HA AUMENTADO EL NIVEL	3	T3, QL (6 PER 1 DAY), NDS		- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días. - A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de

						[Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	OXYCODONE HCL TABLET ABUSE-DETERRENT 15 MG ORAL	SE HA AUMENTADO EL NIVEL	3	T3, QL (5 PER 1 DAY), NDS		- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días. - A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	OXYCODONE-ACETAMINOPHEN TABLET 2.5-325 MG, 5-325 MG, 7.5-325 MG, 10-325 MG ORAL	SE HA AUMENTADO EL NIVEL	3	T3, QL (6 PER 1 DAY), NDS		- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días. - A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	PAXLOVID (150/100) TABLET THERAPY PACK 10 X 100MG ORAL	LÍMITE DE CANTIDAD ACTUALIZADO	3	T3, QL (60 PER 365 DAYS)		- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días. - A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de

						[Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	PAXLOVID (300/100) TABLET THERAPY PACK 10 X 100MG ORAL	LÍMITE DE CANTIDAD ACTUALIZADO	3	T3, QL (90 PER 365 DAYS)		- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días. - A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	REGGRANEX GEL 0.01 % EXTERNAL	SE HA ELIMINADO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS				- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días. - A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	RISPERIDONE MICROSPHERES SUSPENSION RECONSTITUTED ER 50 MG INTRAMUSCULAR	SE HAN AGREGADO CRITERIOS	5	T5, PA, NDS		- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días. - A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de

						[Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	UPTRAVI TABLET 200 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG, 1000 MCG, 1200 MCG, 1400 MCG, 1600 MCG ORAL	SE HA ELIMINADO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS				- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días. - A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	UPTRAVI TITRATION TABLET THERAPY PACK 200 & 800 MCG ORAL	SE HA ELIMINADO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS				- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días. - A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	XDEMVIY SOLUTION 0.25 % OPHTHALMIC	SE HAN AGREGADO CRITERIOS	5	T5, PA, QL (30 PER 365 DAYS), NDS		- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días. - A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de

						[Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	ZYPREXA RELPREVV SUSPENSION RECONSTITUTED 210 MG INTRAMUSCULAR	SE HAN AGREGADO CRITERIOS	4	T4, PA		- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días. - A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	ZYPREXA RELPREVV SUSPENSION RECONSTITUTED 300 MG, 405 MG INTRAMUSCULAR	SE HAN AGREGADO CRITERIOS	5	T5, PA, NDS		- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días. - A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
2/1/2026	DIFICID MG 200 TABLET	SE HA ELIMINADO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5		FIDAXOMICIN MG 200 TABLET T5, QL, NDS	
2/1/2026	GLEOSTINE MG 10, 100, 40 CAPSULE	SE HA ELIMINADO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS	4		LOMUSTINE MG 10, 100, 40 CAPSULE T4	

		CUBIERTOS				
2/1/2026	RAVICTI 1.1 GM/ML LIQUID	SE HA ELIMINADO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5		GLYCEROL PHENYL BUTYRATE GM/ML 1.1 LIQUID T5	
2/1/2026	OMNIPOD DEXG7G6 INTRO GEN KIT	SE HA ELIMINADO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS			OMNIPOD LIBRE2 G6 INTRO GEN5 KIT, T4	--Current members using this product are grandfathered in and will not be affected.
2/1/2026	OMNIPOD DEXG7G6 PODS	SE HA ELIMINADO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS			OMNIPOD LIBRE2 PLUS G6 PODS, T4	--Current members using this product are grandfathered in and will not be affected.

B/D = Tal vez se cubra este medicamento conforme a la Parte B o D de Medicare dependiendo de la circunstancias. A lo mejor se tenga que aportar información que describa el uso del medicamento y el entorno para hacer una determinación, **NDS** = Se limita el suministro del medicamento a un mes, **PA** = Se exige la autorización previa, **QL** = Límite que rige la cantidad, **SP** = Se exige farmacia especializada, **ST** = Terapia escalonada. La información de los beneficios que se presenta es un resumen breve, no es una descripción de los beneficios. Para conseguir más información, póngase en contacto con el plan.

Tal vez se apliquen limitaciones, copagos y restricciones.

Pudieran cambiar los beneficios, la lista de medicamentos cubiertos, la red de farmacias, las primas de seguro y/o los copagos/el coseguro el 1º de enero de cada año.

Infórmese más a fondo acerca del aviso de no discriminación de Presbyterian y los servicios de intérpretes.

Basado en la revisión del modelo de atención médica, el Comité Nacional de Control de Calidad [*National Committee for Quality Assurance, NCQA*] ha aprobado a Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) para operar un plan de necesidades especiales [*Special Needs Plan, SNP*] hasta el 2028.