

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 2024 de Presbyterian Senior Care (HMO)/(HMO-POS), Presbyterian UltraFlex (HMO-POS), Presbyterian MediCare PPO 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, Presbyterian UltraFlex
y Presbyterian MediCare PPO:**

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



www.phs.org/Medicare



Presbyterian Health Plan, Inc.
 Presbyterian Insurance Company, Inc.

Presbyterian MediCare PPO
 Presbyterian Senior Care (HMO)/(HMO-POS)
 Presbyterian UltraFlex (HMO-POS)
 Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP)

Effective Date of Change	Drug Name	Description of Change	Tier	Additional Information	Formulary Alternative(s) and Tier (if applicable for formulary removals)
01/01/2024	HEPLISAV-B 20MCG/0.5ML SOLUTION	B/D SE HA AGREGADO	3	B/D	
01/01/2024	ABILIFY MYCITE 10 MG STARTER KIT AND 2 MG, 5 MG, 15 MG, 20 MG MAINTENANCE KIT	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	PA QL 1 PER 1 DAY NDS	
01/01/2024	AMJEVITA 20MG/0.4ML PREFILLED SYRINGE, 40MG/0.8ML AUTO-INJECTOR	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	PA QL .80ML PER 28 DAYS, 6 PER 28 DAYS NDS	
01/01/2024	ASTAGRAF XL 0.5MG, 1MG, 5MG CP24	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	2	B/D	
01/01/2024	BRONCHITOL 40MG CAPS	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	PA NDS	

01/01/2024	CEFEPIME-DEXTROSE SOLUTION RECONSTITUTED 2-5 GM-%(50ML) INTRAVENOUS	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	2		
01/01/2024	COSENTYX UNOREADY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 300 MG/2ML	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	PA	
01/01/2024	DEPO-SUBQ PROVERA 104 104MG/0.65ML	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	3		
01/01/2024	ENDARI 5GM PACK	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	PA QL 6 PER 1 DAY NDS	
01/01/2024	ERYTHROMYCIN TAB DELAYED RELEASE 333 MG, 500 MG	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	4		

01/01/2024	HYDROCORTISONE (PERIANAL) 2.5% CREAM	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	2		
01/01/2024	INSULIN ASPART INJ 100 UNIT/ML SOLUTION, 100 UNIT/ML FLEXPEN, 100 UNIT/ML PENFILL	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	3	QL 50ML PER 30 DAY, 45ML PER 30 DAY, 45ML PER 30 DAY	
01/01/2024	INSULIN ASPART PROT & ASPART (70-30) 100UNIT/ML SUSPENSION	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	3	QL 50ML PER 30 DAY	
01/01/2024	MOXIFLOXACIN HCL IN NAACL SOLUTION 400 MG/250ML INTRAVENOUS	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	4		
01/01/2024	RECORLEV ORAL TABLET 150 MG	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	NDS	
01/01/2024	REZUROCK 200MG TABS	SE HA AGREGADO A LA	5	PA NDS	

Y0055_MPC092231_SPAN_NSR_C_09232022

Formulary ID 00024541

Versión 021

Fecha la última actualización: 06/20/2024

Page | 4

		LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS			
01/01/2024	REZVOGLAR KWIKPEN SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	3	PA 45ML PER 30 DAYS	
01/01/2024	VANCOMYCIN HCL 50MG/ML SOLUTION RECONSTITUTED	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	3		
01/01/2024	VERQUVO 2.5MG, 5MG, 10MG	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	4	PA QL 1 PER 1 DAY	
01/01/2024	VIGADRONE ORAL TABLET 500 MG	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	ST NDS	
01/01/2024	ZOVIA 1/35 (28)	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE	3		

		MEDICAMENTOS CUBIERTOS			
01/01/2024	ALREX SUSPENSION 0.2 % OPTHALMIC	SE HA ELIMINADO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS			DICLOFENAC OPTHALMIC SOLUTION 0.1% T2, FLUOROMETHOLONE OPTHALMIC SUSPENSION 0.1% T2, FLUBIPROFEN OPTHALMIC SOLUTION 0.03% T2, KETOROLAC TROMETHAMINE OPTHALMIC SOLUTION 0.4% AND 0.5% T2, LOTEPREDNOL OPTHALMIC GEL T3 AND SUSPENSION 0.5% T4, PREDNISOLONE OPTHALMIC SOLUTION AND SUSPENSION 0.1% T3
01/01/2024	AVYCAZ SOLUTION RECONSTITUTED 2.5 (2-0.5) GM INTRAVENOUS	SE HA ELIMINADO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS			
01/01/2024	BASAGLAR KWIKPEN SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS	SE HA ELIMINADO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS			REZVOGLAR KWIKPEN SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS T3
01/01/2024	BYDUREON BCISE AUTO-INJECTOR 2 MG/0.85ML , ER 2 MG SUBCUTANEOUS RECONSTITUTED SOLUTION	SE HA ELIMINADO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS			OZEMPIC 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG PER DOSE PEN INJECTOR T3; RYBELSUS 3 MG T3, 7MG, 14 MG ORAL TABLETS; TRULICITY 0.75 MG, 1.5 MG, 3 MG 4.5 MG PEN INJECTOR T3; VICTOZA 18 MG PEN INJECTOR T3

01/01/2024	CHLORZOXAZONE TABLET 500 MG ORAL	SE HA ELIMINADO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS			BACLOFEN 10 MG AND 20 MG ORAL TABLETS T2; CYCLOBENZAPRINE 5 MG AND 10 MG ORAL TABLETS (PA REQUIRED IF OVER 65 YEARS) T2; ORPHENADRINE 100 MG ORAL TABLETS T2; TIZANIDINE 2 MG AND 4 MG ORAL TABLETS T2
01/01/2024	EUCRISA OINTMENT 2 % EXTERNAL	SE HA ELIMINADO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS			TACROLIMUS 0.03% AND 0.1% EXTERNAL OINTMENT T4
01/01/2024	HUMALOG JUNIOR KWIKPEN SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS, MIX 50/50 KWIKPEN SUSPENSION PEN-INJECTOR (50-50) 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS, MIX 50/50 SUSPENSION (50-50) 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS, MIX 75/25 KWIKPEN SUSPENSION PEN-INJECTOR (75-25) 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS, MIX 75/25 SUSPENSION (75-25) 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS	SE HA ELIMINADO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS			INSULIN ASPART 100 UNITS/ML FLEXPEN T3; INSULIN ASPART SOLUTION 100 UNITS/ML T3; INSULIN ASPART PROTEAMINE & ASPART SUSPENSION 70/30 100 UNITS/ML T3
01/01/2024	HUMIRA 80 MG/0.8ML & 40 MG/0.4ML, 80 MG/0.8ML PEDIATRIC CHROHNS START PREFILLED SYRINGE KITS; 40	SE HA ELIMINADO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS			AMJEVITA 20MG/0.4ML PREFILLED SYRINGE, 40MG/0.8ML AUTO-INJECTOR T5

Y0055_MPC092231_SPAN_NSR_C_09232022

Formulary ID 00024541

Versión 021

Fecha la última actualización: 06/20/2024

Page | 7

	MG/0.8ML, 80 MG/0.8ML CD/UC/HS STARTER PEN INJECTOR KITS; 80 MG/0.8ML PEDIATRIC UC START PEN-INJECTOR KIT; 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML PSOR/UEIT STARTER PEN-INJECTOR KIT; 40 MG/0.8ML PS/UV/ADOL HS START PEN-INJECTOR KIT; 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML, 80 MG/0.8ML PEN-INJECTOR KITS; 10 MG/0.1ML, 20 MG/ 0.2ML, 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML PREFILLED SYRINGE KITS	CUBIERTOS			
01/01/2024	HUMULIN 70/30 KWIKPEN SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML, 70/30 SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML, N KWIKPEN SUSPENSION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML, N SUSPENSION 100 UNIT/ML, R SOLUTION 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS	SE HA ELIMINADO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS			INSULIN ASPART 100 UNITS/ML FLEXPEN; INSULIN ASPART SOLUTION 100 UNITS/ML; INSULIN ASPART PROTEAMINE & ASPART SUSPENSION 70/30 100 UNITS/ML
01/01/2024	IMBRUVICA 560MG TABLET	SE HA ELIMINADO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS			NONE – REMOVED FROM MARKET

		CUBIERTOS			
01/01/2024	INSULIN LISPRO (1 UNIT DIAL) SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML, JUNIOR KWIKPEN SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML, PROT & LISPRO SUSPENSION PEN-INJECTOR (75-25) 100 UNIT/ML, 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	SE HA ELIMINADO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS			INSULIN ASPART 100 UNITS/ML FLEXPEN T3; INSULIN ASPASRT SOLUTION 100 UNITS/ML T3; INSULIN ASPART PROTEAMINE & ASPART SUSPENSION 70/30 100 UNITS/ML T3
01/01/2024	NOVOLOG 100 UNIT/ML FLEXPEN SOLUTION PEN-INJECTOR, PENFILL SOLUTION, SOLUTION INJECTION; MIX 70/30 FLEXPEN SOLUTION PEN-INJECTOR AND SUBCUTANEOUS SUSPENSION	SE HA ELIMINADO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS			INSULIN ASPART 100 UNITS/ML FLEXPEN T3; INSULIN ASPASRT SOLUTION 100 UNITS/ML T3; INSULIN ASPART PROTEAMINE & ASPART SUSPENSION 70/30 100 UNITS/ML T3
01/01/2024	NOXAFIL ORAL SUSPENSION 40 MG/ML	SE HA ELIMINADO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS			POSACONAZOLE ORAL SUSPENSION 40 MG/ML T5
01/01/2024	OXYMORPHONE HCL ER TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 5 MG, 7.5 MG, 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG ORAL	SE HA ELIMINADO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS			MORPHINE SULFATE 15MG, 30MG, 60MG, 100MG, 200MG EXTENDED-RELEASE TABLETS T2

Y0055_MPC092231_SPAN_NSR_C_09232022

Formulary ID 00024541

Versión 021

Fecha la última actualización: 06/20/2024

Page | 9

01/01/2024	REVLIMID 2.5MG, 5MG, 10MG, 15MG, 20MG, 25MG CAPSULE	SE HA ELIMINADO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS			LENALIDOMIDE 2.5 MG, 5 MG, 10MG, 15MG, 20MG, 25MG CAPSULE T5
01/01/2024	TUDORZA PRESSAIR AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 400 MCG/ACT, 400 MCG/ACT INHALATION (30 ACTUATE) INHALATION	SE HA ELIMINADO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS			ATROVENT INHALATION 17 MCG/ACT T3; SPIRIVA HANDHALER 18 MCG INHALATION CAPSULE T3; SPIRIVA 1.25 MCG/ACT AND 2.5 MCG/ACT AEROSOL SOLUTION T3
01/01/2024	TURALIO 200 MG CAPSULE	SE HA ELIMINADO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS			TURALIO 125 MG CAPSULE T5
01/01/2024	ZILEUTON ER TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 600 MG ORAL	SE HA ELIMINADO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS			MONTELUKAST 4 MG AND 5 MG CHEWABLE T2; MONTELUKAST 10 MG TABLET T2; ZAFIRLUKAST 10 MG AND 20 MG TABLET T3
01/01/2024	ALMOTRIPTAN MALATE 6.25 MG, 12.5 MG TABLET	SE HA AGREGADO ST	4	ST QL 18 PER 30 DAYS	
01/01/2024	ALOSETRON 0.5 MG, 1 MG ORAL TABLET	SE HAN AGREGADO CRITERIOS	5	QL 2 PER DAY NDS	
01/01/2024	AUSTEDO XR 6 MG, 12 MG, 24 MG XR	SE HA SUBIDO QL	5	PA QL 2 PER 1 DAY, 3 PER 1 DAY, 2 PER 1 DAY NDS	

Y0055_MPC092231_SPAN_NSR_C_09232022

Formulary ID 00024541

Versión 021

Fecha la última actualización: 06/20/2024

Page | 10

01/01/2024	CELECOXIB CAPSULE 50 MG, 100 MG, 200 MG, 400 MG ORAL	SE HA BAJADO EL NIVEL	2		
01/01/2024	DARUNAVIR 600MG, 800MG TABLET	SE HA SUBIDO EL NIVEL	5	QL 2 PER DAY, 1 PER DAY NDS	
01/01/2024	DEFERASIROX 125 MG SOLUBLE TABLET	SE HA BAJADO EL NIVEL	4	PA NDS	
01/01/2024	DENAVIR 1% CREAM	SE HA BAJADO EL NIVEL	4	QL 5 PER 30 DAYS NDS	
01/01/2024	DIHYDROERGOTAMINE MESYLATE SOLUTION 4 MG/ML NASAL	SE HA AGREGADO ST	5	ST QL 8 PER 28 DAYS NDS	
01/01/2024	EMTRICITABINE/TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE 200MG; 300MG TABLET	SE HA BAJADO EL NIVEL	4	QL 1 PER 1 DAY	
01/01/2024	ENOXAPARIN SODIUM SOLUTION 30 MG/0.3ML, 40 MG/0.4ML, 60 MG/0.6ML, 80 MG/0.8ML, 100 MG/ML, 120 MG/0.8ML, 150 MG/ML SUBCUTANEOUS	SE HA SUBIDO EL NIVEL	4	QL 9 ML per 90 days, 12 ML per 90 days, 18 ML per 90 days, 24 ML per 90 days, 30 ML per 90 days, 24 ML per 90 days, 30 ML per 90 days	
01/01/2024	FEBUXOSTAT TABLET 40 MG, 80 MG ORAL	SE HA BAJADO EL NIVEL	3	QL 1 PER 1 DAY	
01/01/2024	ICOSAPENT ETHYL CAPSULE 1 GM ORAL	SE HA AGREGADO ST	4	ST QL 4 PER 1 DAY	
01/01/2024	IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML	SE HA SUBIDO QL	5	PA QL 7.2ML PER DAY NDS	
01/01/2024	JANUMET 1000MG; 50MG TABLET	SE HA ELIMINADO ST	3	QL 2 PER 1 DAY	

Y0055_MPC092231_SPAN_NSR_C_09232022

Formulary ID 00024541

Versión 021

Fecha la última actualización: 06/20/2024

Page | 11

01/01/2024	JANUMET XR 500MG-50MG, 1000MG-50MG, 1000MG-100MG	SE HA ELIMINADO ST	3	QL 1 PER 1 DAY, 2 PER 1 DAY, 2 PER 1 DAY	
01/01/2024	JANUVIA 25 MG, 50 MG, 100 MG TABLET	SE HA ELIMINADO ST	3	QL 1 PER 1 DAY	
01/01/2024	LANTHANUM CARBONATE TABLET CHEWABLE 500 MG, 750 MG, 1000 MG ORAL	SE HA AGREGADO ST	5	ST NDS	
01/01/2024	MESALAMINE 1000MG SUPPOSITORY	SE HA ELIMINADO QL	4		
01/01/2024	OZEMPIC 2MG/1.5ML, 2MG/3ML, 4MG/3ML, 8MG/3ML PEN- INJECTOR	SE HAN AGREGADO CRITERIOS	3	PA QL 1.5 ML per 28 days, 3 ML per 28 days, 3 ML per 28 days, 3 ML per 28 days	
01/01/2024	PIRFENIDONE 267 MG CAPSULE	SE HA ELIMINADO QL	5	PA NDS	
01/01/2024	PROMETHAZINE HCL SUPPOSITORY 12.5 MG, 25 MG RECTAL	SE HA SUBIDO EL NIVEL	4		
01/01/2024	RINVOQ 45MG EXTENDED RELEASE	SE HA SUBIDO QL	5	PA QL 180 PER 365 DAYS NDS	
01/01/2024	ROFLUMILAST TABLET 250 MCG, 500 MCG ORAL	SE HA SUBIDO EL NIVEL	4	PA QL 1 PER 1 DAY NDS	
01/01/2024	RYBELSUS 3 MG, 7 MG, 14 MG TABLET	SE HAN AGREGADO CRITERIOS	3	PA	
01/01/2024	SELZENTRY 20MG/ML SOLUTION	SE HA ELIMINADO QL	5	NDS	

01/01/2024	SEVELAMER CARBONATE 0.8 GM, 2.4 GM PACKET	SE HA BAJADO EL NIVEL	4		
01/01/2024	SIROLIMUS 2 MG TABLET	SE HA BAJADO EL NIVEL	4	B/D NDS	
01/01/2024	SUNLENCA 4 X 300MG, 5 X 300MG THERAPY PACK	SE HA ACTUALIZADO QL	5	QL 4 PER 180 DAYS, 5 PER 180 DAYS NDS	
01/01/2024	TAFINLAR ORAL TABLET SOLUBLE 10 MG	SE HA ELIMINADO QL	5	PA LA NDS	
01/01/2024	THEOPHYLLINE ER 300 MG, 450 MG	SE HA BAJADO EL NIVEL	3		
01/01/2024	TRULICITY 0.75 MG/0.5ML, 1.5 MG/0.5ML, 3 MG/0.5ML, 4.5 MG/0.5ML PEN INJECTOR	SE HAN AGREGADO CRITERIOS	3	PA QL 2 ML per 28 days	
01/01/2024	VICTOZA 18MG/3ML PEN-INJECTOR	SE HAN AGREGADO CRITERIOS	3	PA QL 9 ML per 30 days	
01/01/2024	VYVANSE CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 50 MG, 60 MG, 70 MG ORAL	SE HAN AGREGADO CRITERIOS	4	PA QL 1 PER 1 DAY NDS	
01/01/2024	XIFAXAN 200MG TABLET	SE HA BAJADO EL NIVEL	4	PA QL 3 PER 1 DAY NDS	
02/01/2024	VYVANSE CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 50 MG, 60 MG, 70 MG ORAL CAPSULE	SE HA ELIMINADO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS			LISDEXAMFETAMINE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 50 MG, 60 MG, 70 MG ORAL CAPSULE T4

02/01/2024	LISDEXAMFETAMINE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 50 MG, 60 MG, 70 MG ORAL CAPSULE	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	4	PA QL 1 PER DAY NDS	
02/01/2024	HUMULIN R U-500 KWIKPEN PEN-INJECTOR 500 UNIT/ML SOLUTION AND (CONCENTRATED) 500 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION	SE HAN ELIMINADO CRITERIOS & SE HA BAJADO EL NIVEL	3	QL 18ML PER 30 DAYS, 1ML PER 1 DAY	
02/01/2024	ENILLORING RING 0.12-0.015 MG/24HR VAGINAL	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	4		
	FLOVENT PROPIONATE DISKUS 100 MCG/ACT, 250 MCG/ACT, 50 MCG/ACT AND FLUTICASONE PROPIONATE HFA 110 MCG/ACT, 220 MCG/ACT, 44 MCG/ACT	SE HA ELIMINADO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS			FLUTICASONE PROPIONATE DISKUS 100 MCG/ACT, 250 MCG/ACT, 50 MCG/ACT AND FLUTICASONE PROPIONATE HFA 110 MCG/ACT, 220 MCG/ACT, 44 MCG/ACT T3
02/01/2024	FLUTICASONE PROPIONATE DISKUS 100 MCG/ACT, 250 MCG/ACT, 50 MCG/ACT AND FLUTICASONE PROPIONATE HFA 110 MCG/ACT, 220 MCG/ACT,	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	3		

Y0055_MPC092231_SPAN_NSR_C_09232022

Formulary ID 00024541

Versión 021

Fecha la última actualización: 06/20/2024

Page | 14

	44 MCG/ACT				
02/01/2024	FRUZAQLA CAPSULE 1 MG ORAL FRUZAQLA CAPSULE 5 MG ORAL	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	PA QL 84 PER 28 DAYS, 21 PER 28 DAYS NDS	
02/01/2024	HADLIMA PUSHTOUCH SOLUTION AUTO-INJECTOR 40 MG/0.4ML, PUSHTOUCH SOLUTION AUTO-INJECTOR 40 MG/0.8ML, PREFILLED SYRINGE 40 MG/0.4ML, PREFILLED SYRINGE 40 MG/0.8ML	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	PA QL 2.4ML PER 28 DAYS, 48ML PER 28 DAYS, 2.4ML PER 28 DAYS	
02/01/2024	LAGEVRIO CAPSULE 200 MG ORAL	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	4	QL 80 PER 365 DAYS	
02/01/2024	OJJAARA 100 MG, 150 MG, 200 MG ORAL TABLET	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	PA QL 1 PER DAY NDS	
02/01/2024	PAZOPANIB HCL TABLET 200 MG ORAL	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS	5	PA QL 5 PER DAY NDS	

Y0055_MPC092231_SPAN_NSR_C_09232022

Formulary ID 00024541

Versión 021

Fecha la última actualización: 06/20/2024

Page | 15

		CUBIERTOS			
02/01/2024	TRUQAP 160 MG, 200 MG ORAL TABLET	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	PA QL 64 PER 28 DAYS NDS	
02/01/2024	TURQOZ TABLET 0.3-30 MG-MCG ORAL	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	3		
02/01/2024	VANFLYTA 17.7 MG, 26.5 MG ORAL TABLET	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	PA QL 2 PER DAY NDS	
02/01/2024	VOTRIENT TABLET 200 MG ORAL	SE HA ELIMINADO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS			PAZOPANIB HCL TABLET 200 MG ORAL T5
02/01/2024	ZURZUVAE 20 MG, 25 MG, 30 MG ORAL CAPSULE	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	PA QL 28 PER 365 DAYS, 28 PER 365 DAYS, 14 PER 365 DAYS NDS	

03/01/2024	AKEEGA 50-500 MG, 100-500 MG ORAL TABLET	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	PA QL 2 PER 1 DAY NDS	
03/01/2024	AUGTYRO 40 MG ORAL CAPSULE	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	PA QL 8 PER 1 DAY NDS	
03/01/2024	FIASP 100 UNIT/ML PENFILL SOLUTION CARTRIDGE, PUMPCART SOLUTION CARTRIDGE	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	3	QL 45 ML PER 30 DAYS	
03/01/2024	NORELGESTROMIN-ETH ESTRADIOL PATCH WEEKLY 150-35 MCG/24HR TRANSDERMAL	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	4		
03/01/2024	OGSIVEO 50 MG ORAL TABLET	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	PA QL 6 PER 1 DAY NDS	
	PAXLOVID (150/100) THERAPY PACK 10 X 150 MG & 10 X 100MG	SE HA BAJADO EL NIVEL	3	QL 40 PER 365 DAYS, 60 PER 365 DAYS	

Y0055_MPC092231_SPAN_NSR_C_09232022

Formulary ID 00024541

Versión 021

Fecha la última actualización: 06/20/2024

Page | 17

	ORAL TABLET, (300/100) THERAPY PACK 20 X 150 MG & 10 X 100MG ORAL TABLET				
03/01/2024	VIGPODER 500 MG ORAL PACKET	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	NDS	
03/01/2024	ZURZUVAE 20 MG, 25 MG, 30 MG ORAL CAPSULE	SE HAN AZTUALIZADO CRITERIOS	5	PA QL 28 PER 365 DAYS, 28 PER 365 DAYS, 14 PER 365 DAYS NDS	
04/01/2024	AMJEVITA-PED 15KG TO <30KG 20MG/0.2ML PREFILLED SYRINGE; 40MG/0.4ML PREFILLED SYRINGE; 40MG/0.4ML AUTO-INJECTOR, 80MG/0.8ML AUTO-INJECTOR	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	PA NDS	
04/01/2024	BOLSUIF 50 MG, 100 MG ORAL CAPSULE	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	PA QL 1 PER DAY, 3 PER DAY NDS	
04/01/2024	IQILFIN 192 MG ORAL TABLET	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	PA QL 8 PER DAY NDS	

04/01/2024	MAVYRET 50-20 MG ORAL PACKET	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	PA NDS	
04/01/2024	MOUNJARO 2.5 MG/0.5ML, 5 MG/0.5ML, 7.5 MG/0.5ML, 10 MG/0.5ML, 12.5 MG/0.5ML, 15 MG/0.5ML SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN INJECTOR	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	3	PA QL 2 PER 28 DAYS	
04/01/2024	PENBRAYA RECONSTITUTED INTRAMUSCULAR SUSPENSION	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	3		
04/01/2024	RISPERDAL CONSTA 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG, 50 MG RECONSTITUTED INTRAMUSCULAR SUSPENSION	SE HA ELIMINADO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS			RISPERIDONE MICROSPHERES ER 12.5 MG RECONSTITUTED INTRAMUSCULAR SUSPENSION T4; RISPERIDONE MICROSPHERES ER 25 MG, 37.5 MG, 50 MG RECONSTITUTED INTRAMUSCULAR SUSPENSION T5
04/01/2024	RISPERIDONE MICROSPHERES ER 12.5 MG RECONSTITUTED INTRAMUSCULAR SUSPENSION	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	4		
04/01/2024	RISPERIDONE MICROSPHERES ER 25 MG, 37.5 MG, 50 MG	SE HA AGREGADO A LA	5	NDS	

Y0055_MPC092231_SPAN_NSR_C_09232022

Formulary ID 00024541

Versión 021

Fecha la última actualización: 06/20/2024

Page | 19

	RECONSTITUTED INTRAMUSCULAR SUPENSION	LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS			
04/01/2024	VIGABATRIN 500 MG ORAL TABLET, 500 MG ORAL PACKET	SE HA ELIMINADO ST	5	NDS	
04/01/2024	VIGADRONE 500 MG ORAL TABLET, 500 MG ORAL PACKET	SE HA ELIMINADO ST	5	NDS	
04/01/2024	XALKORI 20 MG, 50 MG, 150MG SPRINKLE ORAL CAPSULE	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	PA QL 2 PER DAY, 2 PER DAY, 3 PER DAY NDS	
05/01/2024	DABIGATRAN ETEXILATE MESYLATE 110 MG ORAL CAPSULE	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	4	QL 2 PER 1 DAY	
05/01/2024	ENOXAPARIN 30 MG/0.3 ML, 40 MG/ 0.4 ML, 60 MG/0.6 ML, 80 MG/0.8 ML, 100 MG/ML, 120 MG/0.8 ML, 150 MG/ML SYRINGE	SE HA BAJADO EL NIVEL	2		
05/01/2024	ESTRADIOL 0.025 MG/24 HOUR, 0.0375 MG/24 HOUR, 0.05 MG/24 HOUR, 0.06 MG/24 HOUR, 0.075 MG/24 HOUR, 0.1 MG/24 HOUR WEEKLY PATCH; 0.025 MG/24 HOUR, 0.0375 MG/24 HOUR, 0.05	SE HAN ELIMINADO CRITERIOS	4		

Y0055_MPC092231_SPAN_NSR_C_09232022

Formulary ID 00024541

Versión 021

Fecha la última actualización: 06/20/2024

Page | 20

	MG/24 HOUR, 0.075 MG/24 HOUR, 0.1 MG/24 HOUR TWICE WEEKLY PATCH				
05/01/2024	ESTRADIOL 0.5 MG, 1 MG ORAL TABLET	SE HAN ELIMINADO CRITERIOS	4		
05/01/2024	HYDROXYZINE HCL 10 MG, 25 MG, 50 MG ORAL TABLET	SE HAN ELIMINADO CRITERIOS	4		
05/01/2024	HYDROXYZINE PAMOATE 25 MG, 50 MG, 100 MG ORAL CAPSULE	SE HAN ELIMINADO CRITERIOS	4		
05/01/2024	IXCHIQ RECONSTITUTED SOLUTION	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	3		
05/01/2024	KORLYM 300 MG ORAL TABLET	SE HA ELIMINADO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS			MIFEPRISTONE 300 MG ORAL TABLET T5
05/01/2024	MIFEPRISTONE 300 MG ORAL TABLET	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	PA, QL 4 PER 1 DAY, NDS	

Y0055_MPC092231_SPAN_NSR_C_09232022

Formulary ID 00024541

Versión 021

Fecha la última actualización: 06/20/2024

Page | 21

05/01/2024	PRADAXA 110 MG ORAL CAPSULE	SE HA ELIMINADO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS			DABIGATRAN 110MG ORAL CAPSULE T4
05/01/2024	ROZLYTREK 50 MG PACKET	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	PA, QL 12 PER 1 DAY, NDS	
05/01/2024	TACROLIMUS 0.03 %, 0.1% OINTMENT	SE HAN ELIMINADO CRITERIOS	4	QL 100 GM PER 60 DAYS, 120 GRAMS PER 60 DAYS	
05/01/2024	TRIENTINE HCL 500 MG ORAL CAPSULE	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	PA, QL 4 PER 1 DAY, NDS	
05/01/2024	XOLAIR 75 MG/0.5ML, 150 MG/ML, 300 MG/2 ML AUTO-INJECTOR; 300 MG/2ML PREFILLED SYRINGE	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	PA, NDS	
06/01/2024	MAVYRET 50-20MG PACKET, 100-40MG TABLET	SE HAN AZTUALIZADO CRITERIOS	5	PA, QL 3 PER DAY, NDS	

06/01/2024	NITROGLYCERIN 0.4% RECTAL OINTMENT	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	4	QL 30 GM PER 30 DAYS	
06/01/2024	RECTIV 0.4% RECTAL OINTMENT	SE HA ELIMINADO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS			NITROGLYCERIN 0.4% RECTAL OINTMENT T4
06/01/2024	XOLAIR 75 MG/0.5ML, 150 MG/ML, 300 MG/2ML PREFILLED SYRINGE AND AUTO-INJECTOR; 150 MG RECONSTITUTED SOLUTION	SE HAN AZTUALIZADO CRITERIOS	5	PA, NDS	
07/01/2024	JYLAMVO 2MG/ML ORAL SOLUTION	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	PA, NDS	
07/01/2024	XCOPRI 25MG TABLET	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	ST, QL	

07/01/2024	ACTEMRA 162MG/0.9ML PREFILLED SYRINGE AND AUTO- INJECTOR	SE HAN AZTUALIZADO CRITERIOS	T5	PA, QL, NDS	
07/01/2024	KINERET 100 MG/0.67ML PREFILLED SYRINGE	SE HAN AZTUALIZADO CRITERIOS	5	PA, NDS	
07/01/2024	ORENCIA 125MG/ML CLICKJECT AUTO-INJECTOR ANDN PREFILLED SYRINGE, 50 MG/0.4ML AND 87.5 MG/0.7ML	SE HAN AZTUALIZADO CRITERIOS	5	PA, QL, NDS	
07/01/2024	OTEZLA 30 MG TABLET, 10-20-30 MG TABLET THERAPY PACK	SE HAN AZTUALIZADO CRITERIOS	5	PA, QL, NDS	
07/01/2024	RINVOQ 15MG, 30MG, 45MG EXTENDED RELEASE TABLET	SE HAN AZTUALIZADO CRITERIOS	5	PA, QL, NDS	
07/01/2024	STELARA 45MG/0.5ML, 90MG/ML PREFILLED SYRINGE	SE HAN AZTUALIZADO CRITERIOS	5	PA, QL, NDS	
07/01/2024	XELJANZ 5MG AND 10MG TABLET, 11MG AND 22MG EXTENDED RELEASE TABLET, 1MG/ML ORAL SOLUTION	SE HAN AZTUALIZADO CRITERIOS	5	PA, QL, NDS	

GC = Lapso sin cobertura, **B/D** = Tal vez se cubra este medicamento conforme a la Parte B o D de Medicare dependiendo de las 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



Presbyterian Health Plan, Inc.
Presbyterian Insurance Company, Inc.

Presbyterian MediCare PPO
Presbyterian Senior Care (HMO)/(HMO-POS)
Presbyterian UltraFlex (HMO-POS)
Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP)

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 1° 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 2025.