

**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](http://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<br>SUBLINGUAL 2 MG, 8 MG<br>SUBLINGUAL                | SE HA<br>AUMENTADO<br>QL   | 2 | T2, QL (4 PER 1 DAY)              |  |
| 1/1/2026 | BUPRENORPHINE HCL-NALOXONE<br>FILM 12-3 MG SUBLINGUAL                          | SE HA<br>AUMENTADO<br>QL   | 4 | T4, QL (3 PER 1 DAY), NDS         |  |
| 1/1/2026 | BUPRENORPHINE FILM 2 MG, 4 MG,<br>8 MG SUBLINGUAL                              | SE HA<br>AUMENTADO<br>QL   | 4 | T4, QL (4 PER 1 DAY)              |  |
| 1/1/2026 | BUPRENORPHINE HCL-NALOXONE<br>TABLET SUBLINGUAL 2-0.5 MG, 8-2<br>MG SUBLINGUAL | SE HA<br>AUMENTADO<br>QL   | 2 | T2, QL (4 PER 1 DAY)              |  |
| 1/1/2026 | CIBINQO TABLET 50 MG, 100 MG,<br>200 MG ORAL                                   | SE HA<br>AGREGADO A<br>LA LISTA DE<br>MEDICAMENT<br>OS CUBIERTOS | 5 | T5, PA, QL (1 PER 1 DAY), NDS     |  |
| 1/1/2026 | CLINDAMYCIN PHOS-BENZOYL GEL<br>1.2-2.5% EXTERNAL                              | SE HA<br>AGREGADO A<br>LA LISTA DE<br>MEDICAMENT<br>OS CUBIERTOS | 2 | T2                                |  |
| 1/1/2026 | COSENTYX (300 MG DOSE)<br>SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150<br>MG/ML SUBCUTANEOUS | SE HA<br>AGREGADO A<br>LA LISTA DE<br>MEDICAMENT<br>OS CUBIERTOS | 5 | T5, PA, QL (34 PER 365 DAYS), NDS |  |
| 1/1/2026 | COSENTYX SENSOREADY (300 MG)<br>SOLUTION AUTO-INJECTOR 150                     | SE HA<br>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<br>120 MG/ML SUBCUTANEOUS                               | SE HA<br>AGREGADO A<br>LA LISTA DE<br>MEDICAMENT<br>OS CUBIERTOS    | 5 | T5, PA, QL (1 PER 28 DAYS), NDS |  |
| 1/1/2026 | XATMEP SOLUTION<br>2.5 MG/ML ORAL   | SE<br>ACTUALIZARON<br>LOS CRITERIOS<br>DE<br>AUTORIZACIÓN<br>PREVIA | 4 | T4                              |  |
| 2/1/2026 | AMJEVITA SOLUTION 40 MG/0.8ML<br>PREFILLED SYRINGE                                      | SE HA<br>AGREGADO A<br>LA LISTA DE<br>MEDICAMENT<br>OS CUBIERTOS    | 5 | PA; NDS                         |  |
| 2/1/2026 | AMJEVITA-PED SOLUTION 10 MG/<br>0.2 ML, 20 MG/0.2 ML, 20 MG/0.4<br>ML PREFILLED SYRINGE | SE HA<br>AGREGADO A<br>LA LISTA DE<br>MEDICAMENT<br>OS CUBIERTOS    | 5 | PA                              |  |
| 2/1/2026 | BRUKINSA MG 160 TABLET  | SE HA<br>AGREGADO A<br>LA LISTA DE<br>MEDICAMENT<br>OS CUBIERTOS    | 5 | QL (2 per 1 day); NDS           |  |
| 2/1/2026 | ESCITALOPRAM OXALATE MG 15<br>CAPSULE   | SE HA<br>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 x 32 MCG, 112 x 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 |  |
| 4/1/2026 | HYRNUO 10 MG TABLET  | SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS | 5 | QL (4 per 1 day); NDS     |  |
| 4/1/2026 | NILOTINIB D-TARTRATE 50, 150, 200, MG CAPSULE                    | SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS | 5 | QL (4 per 1 day); NDS     |  |
| 4/1/2026 | PERAMPANEL 0.5 MG/ML SUSPENSION                                  | SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS | 5 | NDS                       |  |

|          |   |   |   |                       |  |
|----------|---|---|---|-----------------------|--|
|          |   | OS CUBIERTOS  |   |                       |  |
| 4/1/2026 | PHYRAGO 20, 50, 70, 80, 100, 120 MG TABLET                | SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS | 5 | QL (1 per 1 day); NDS |  |
| 4/1/2026 | PHYRAGO 20 MG TABLET                                      | SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS | 5 | QL (1 per 1 day)      |  |
| 4/1/2026 | SHINGRIX SUSPENSION PREFILLED SYRINGE                     | SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS | 3 |                       |  |
| 4/1/2026 | VRAYLAR 0.5, 0.75 MG CAPSULE                              | SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS | 5 | QL (1 per 1 day); NDS |  |
| 4/1/2026 | EXXUA TITRATION PACK ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 18.2 MG | SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS | 5 | 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<br>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 #3<br>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<br>TABLET 300-15 MG ORAL          | SE HA<br>AUMENTADO EL<br>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<br>SOLUTION 120 MG/5ML ORAL          | SE HA<br>AUMENTADO EL<br>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<br>SOLUTION 300-15 MG/12.5ML<br>ORAL | SE HA<br>AUMENTADO EL<br>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</p>   |

|          |   |   |   |                           |   |  |
|----------|---|---|---|---------------------------|---|--|
|          |   |   |   |                           |   | nuevo año del plan en su Evidencia de [ <i>Evidence of Coverage, EOC</i> ].  |
| 1/1/2026 | ACETAMINOPHEN-CODEINE TABLET 300-30 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.<br><br>- 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 | 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.<br><br>- 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 | 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.<br><br>- 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.<br><br>- 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.<br><br>- 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.<br><br>- 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.<br><br>- 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.<br><br>- 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.<br><br>- 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.<br><br>- 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.<br><br>- 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.<br><br>- 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.<br><br>- 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.<br><br>- 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.<br><br>- 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<br>TABLET 7.5 MG-200 MG ORAL | SE HA<br>AUMENTADO EL<br>NIVEL | 3 | T3, QL (6 PER 1 DAY), NDS |  | - A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.<br><br>- 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<br>2 MG, 4 MG ORAL        | SE HA<br>AUMENTADO EL<br>NIVEL | 3 | T3, QL (6 PER 1 DAY), NDS |  | - A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.<br><br>- 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<br>8 MG ORAL              | SE HA<br>AUMENTADO EL<br>NIVEL | 3 | T3, QL (3 PER 1 DAY), NDS |  | - A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.<br><br>- 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.<br><br>- 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.<br><br>- 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.<br><br>- 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<br>PREFILLED SYRINGE 1560<br>MG/5ML INTRAMUSCULAR | SE HAN<br>AGREGADO<br>CRITERIOS | 5 | T5, PA, QL (5 PER 180 DAYS),<br>NDS |  | -- A los asegurados se les<br>enviaron avisos individuales<br>de 90 días.<br><br>-- A los asegurados se les<br>envió un aviso general con<br>antelación de los cambios en<br>la lista de medicamentos del<br>nuevo año del plan en su<br>Evidencia de [ <i>Evidence of<br/>Coverage, EOC</i> ]. |
| 1/1/2026 | INVEGA SUSTENNA<br>SUSPENSION 117 MG/0.75ML<br>INTRAMUSCULAR                | SE HAN<br>AGREGADO<br>CRITERIOS | 5 | T5, PA, NDS                         |  | -- A los asegurados se les<br>enviaron avisos individuales<br>de 90 días.<br><br>-- A los asegurados se les<br>envió un aviso general con<br>antelación de los cambios en<br>la lista de medicamentos del<br>nuevo año del plan en su<br>Evidencia de [ <i>Evidence of<br/>Coverage, EOC</i> ]. |
| 1/1/2026 | INVEGA SUSTENNA<br>SUSPENSION 156 MG/ML<br>INTRAMUSCULAR                    | SE HAN<br>AGREGADO<br>CRITERIOS | 5 | T5, PA, NDS                         |  | - A los asegurados se les<br>enviaron avisos individuales de<br>90 días.<br><br>- 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<br>SUSPENSION 234 MG/1.5ML<br>INTRAMUSCULAR | SE HAN<br>AGREGADO<br>CRITERIOS | 5 | T5, PA, NDS |  | - A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.<br><br>- 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<br>SUSPENSION 39 MG/0.25ML<br>INTRAMUSCULAR | SE HAN<br>AGREGADO<br>CRITERIOS | 4 | T4, PA      |  | - A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.<br><br>- 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<br>SUSPENSION 78 MG/0.5ML<br>INTRAMUSCULAR  | SE HAN<br>AGREGADO<br>CRITERIOS | 5 | T5, PA, NDS |  | - A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.<br><br>- 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<br>SUSPENSION PREFILLED<br>SYRINGE 117 MG/0.75ML<br>INTRAMUSCULAR | SE HAN<br>AGREGADO<br>CRITERIOS | 5 | T5, PA, NDS |  | - A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.<br><br>- 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<br>SUSPENSION PREFILLED<br>SYRINGE 156 MG/ML<br>INTRAMUSCULAR     | SE HAN<br>AGREGADO<br>CRITERIOS | 5 | T5, PA, NDS |  | - A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.<br><br>- 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<br>SUSPENSION PREFILLED<br>SYRINGE 234 MG/1.5ML<br>INTRAMUSCULAR  | SE HAN<br>AGREGADO<br>CRITERIOS | 5 | T5, PA, NDS |  | - A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.<br><br>- 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<br>SUSPENSION PREFILLED<br>SYRINGE 39 MG/0.25ML<br>INTRAMUSCULAR | SE HAN<br>AGREGADO<br>CRITERIOS | 4 | T4, PA      |  | - A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.<br><br>- 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<br>SUSPENSION PREFILLED<br>SYRINGE 78 MG/0.5ML<br>INTRAMUSCULAR  | SE HAN<br>AGREGADO<br>CRITERIOS | 5 | T5, PA, NDS |  | - A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.<br><br>- 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<br>273 MG/0.875ML<br>INTRAMUSCULAR                      | SE HAN<br>AGREGADO<br>CRITERIOS | 5 | T5, PA, NDS |  | - A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.<br><br>- 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<br>410 MG/1.315ML<br>INTRAMUSCULAR | SE HAN<br>AGREGADO<br>CRITERIOS | 5 | T5, PA, NDS |  | - A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.<br><br>- 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<br>546 MG/1.75ML<br>INTRAMUSCULAR  | SE HAN<br>AGREGADO<br>CRITERIOS | 5 | T5, PA, NDS |  | - A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.<br><br>- 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<br>819 MG/2.625ML<br>INTRAMUSCULAR | SE HAN<br>AGREGADO<br>CRITERIOS | 5 | T5, PA, NDS |  | - A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.<br><br>- 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<br>PREFILLED SYRINGE 273<br>MG/0.875ML INTRAMUSCULAR | SE HAN<br>AGREGADO<br>CRITERIOS | 5 | T5, NDS     |  | - A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.<br><br>- 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<br>PREFILLED SYRINGE 273<br>MG/0.88ML INTRAMUSCULAR  | SE HAN<br>AGREGADO<br>CRITERIOS | 5 | T5, PA, NDS |  | - A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.<br><br>- 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<br>PREFILLED SYRINGE 410<br>MG/1.315ML INTRAMUSCULAR | SE HAN<br>AGREGADO<br>CRITERIOS | 5 | T5, PA, NDS |  | - A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.<br><br>- 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<br>PREFILLED SYRINGE 410<br>MG/1.32ML INTRAMUSCULAR  | SE HAN<br>AGREGADO<br>CRITERIOS | 5 | T5, PA, NDS |  | - A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.<br><br>- 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<br>PREFILLED SYRINGE 546<br>MG/1.75ML INTRAMUSCULAR  | SE HAN<br>AGREGADO<br>CRITERIOS | 5 | T5, PA, NDS |  | - A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.<br><br>- 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<br>PREFILLED SYRINGE 819<br>MG/2.625ML INTRAMUSCULAR | SE HAN<br>AGREGADO<br>CRITERIOS | 5 | T5, PA, NDS |  | - A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.<br><br>- 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<br>PREFILLED SYRINGE 819<br>MG/2.63ML INTRAMUSCULAR | SE HAN<br>AGREGADO<br>CRITERIOS                                   | 5 | T5, PA, NDS             |  | - A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.<br><br>- 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<br>MG ORAL                                       | SE HA<br>ELIMINADO DE<br>LA LISTA DE<br>MEDICAMENTOS<br>CUBIERTOS |   |                         |  | - A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.<br><br>- 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<br>PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML<br>SUBCUTANEOUS         | LÍMITE DE<br>CANTIDAD<br>ACTUALIZADO                              | 3 | T3, QL (45 PER 30 DAYS) |  | - A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.<br><br>- 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<br>UNIT/ML SUBCUTANEOUS | LÍMITE DE<br>CANTIDAD<br>ACTUALIZADO | 3 | T3, QL (50 PER 30 DAYS)   |  | - A los asegurados se les<br>enviaron avisos individuales de<br>90 días.<br><br>- A los asegurados se les envió<br>un aviso general con antelación<br>de los cambios en la lista de<br>medicamentos del nuevo año<br>del plan en su Evidencia de<br>[Evidence of Coverage, EOC].      |
| 1/1/2026 | METHADONE HCL TABLET 10<br>MG ORAL          | SE HA<br>AUMENTADO EL<br>NIVEL       | 3 | T3, QL (4 PER 1 DAY), NDS |  | -- A los asegurados se les<br>enviaron avisos individuales<br>de 90 días.<br><br>-- A los asegurados se les<br>envió un aviso general con<br>antelación de los cambios en<br>la lista de medicamentos del<br>nuevo año del plan en su<br>Evidencia de [Evidence of<br>Coverage, EOC]. |
| 1/1/2026 | METHADONE HCL TABLET 5 MG<br>ORAL           | SE HA<br>AUMENTADO EL<br>NIVEL       | 3 | T3, QL (6 PER 1 DAY), NDS |  | - A los asegurados se les<br>enviaron avisos individuales de<br>90 días.<br><br>- A los asegurados se les envió<br>un aviso general con antelación<br>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.<br><br>- 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.<br><br>- 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.<br><br>- 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.<br><br>- 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.<br><br>- 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.<br><br>- 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.<br><br>- 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.<br><br>- 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.<br><br>- 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.<br><br>- 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.<br><br>- 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 | REGRANEX GEL 0.01 % EXTERNAL                           | SE HA ELIMINADO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS |   |                          |  | - A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.<br><br>- 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<br>SUSPENSION RECONSTITUTED<br>ER 50 MG INTRAMUSCULAR                          | SE HAN<br>AGREGADO<br>CRITERIOS                                   | 5 | T5, PA, NDS |  | - A los asegurados se les<br>enviaron avisos individuales de<br>90 días.<br><br>- A los asegurados se les envió<br>un aviso general con antelación<br>de los cambios en la lista de<br>medicamentos del nuevo año<br>del plan en su Evidencia de<br>[Evidence of Coverage, EOC]. |
| 1/1/2026 | UPTRAVI TABLET 200 MCG, 400<br>MCG, 600 MCG, 800 MCG, 1000<br>MCG, 1200 MCG, 1400 MCG,<br>1600 MCG ORAL | SE HA<br>ELIMINADO DE<br>LA LISTA DE<br>MEDICAMENTOS<br>CUBIERTOS |   |             |  | - A los asegurados se les<br>enviaron avisos individuales de<br>90 días.<br><br>- A los asegurados se les envió<br>un aviso general con antelación<br>de los cambios en la lista de<br>medicamentos del nuevo año<br>del plan en su Evidencia de<br>[Evidence of Coverage, EOC]. |
| 1/1/2026 | UPTRAVI TITRATION TABLET<br>THERAPY PACK 200 & 800 MCG<br>ORAL  | SE HA<br>ELIMINADO DE<br>LA LISTA DE<br>MEDICAMENTOS<br>CUBIERTOS |   |             |  | - A los asegurados se les<br>enviaron avisos individuales de<br>90 días.<br><br>- A los asegurados se les envió<br>un aviso general con antelación<br>de los cambios en la lista de<br>medicamentos del nuevo año<br>del plan en su Evidencia de                                 |

|          |   |                                 |   |                                      |  |   |
|----------|---|---------------------------------|---|--------------------------------------|--|---|
|          |   |                                 |   |                                      |  | [Evidence of Coverage, EOC].  |
| 1/1/2026 | XDEMVY SOLUTION 0.25 %<br>OPHTHALMIC  | SE HAN<br>AGREGADO<br>CRITERIOS | 5 | T5, PA, QL (30 PER 365 DAYS),<br>NDS |  | - A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.<br><br>- 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<br>SUSPENSION RECONSTITUTED<br>210 MG INTRAMUSCULAR            | SE HAN<br>AGREGADO<br>CRITERIOS | 4 | T4, PA                               |  | - A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.<br><br>- 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<br>SUSPENSION RECONSTITUTED<br>300 MG, 405 MG<br>INTRAMUSCULAR | SE HAN<br>AGREGADO<br>CRITERIOS | 5 | T5, PA, NDS                          |  | - A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.<br><br>- 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 CUBIERTOS | 4 |  | LOMUSTINE MG 10, 100, 40 CAPSULE T4          |   |
| 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.