

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 1º de octubre al 31º de marzo:

De las 8 a.m. a las 8 p.m., los siete días de la semana (salvo los días feriados)

Del 1º de abril al 30 de septiembre:

De las 8 a.m. a las 8 p.m., de lunes a viernes (salvo los días feriados)



www.phs.org/Medicare

Presbyterian Dual Plus:



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



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 MEDICAMENT OS 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	ARIPIPRAZOLE 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 MEDICAMENT	4	T4	

Número de identificación de la lista de medicamentos 00026395

Versión 017



Health Plan, Inc.								
		OS CUBIERTOS						
1/1/2026	BUPRENORPHINE HCL TABLET	SE HA	2	T2, QL (4 PER 1 DAY)				
1/1/2020	SUBLINGUAL 2 MG, 8 MG SUBLINGUAL	AUMENTADO QL	2	12, QE (4 FER 1 DAT)				

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



Health	Plan,	Inc.

	MG/ML SUBCUTANEOUS	LA LISTA DE MEDICAMENT OS CUBIERTOS			
1/1/2026	COSENTYX SOLUTION PREFILLED SYRINGE 75 MG/0.5ML SUBCUTANEOUS	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENT OS 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 MEDICAMENT OS 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 MEDICAMENT OS 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 MEDICAMENT OS 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)	



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

Y0055_MPC102525_SPAN_NSR_C_10092025 Número de identificación de la lista de medicamentos 00026395 Versión 017



1/1/2026	EUCRISA OINTMENT 2 % EXTERNAL	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENT	4	T4
		OS CUBIERTOS		
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 MEDICAMENT OS 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 MEDICAMENT OS CUBIERTOS	3	T3, QL (1 PER 1 DAY)
1/1/2026	JARDIANCE TABLET 25 MG ORAL	SE HA AGREGADO A	3	ТЗ



		LA LISTA DE MEDICAMENT OS CUBIERTOS		
1/1/2026	KLOXXADO LIQUID 8 MG/0.1ML NASAL	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENT OS CUBIERTOS	4	T4
1/1/2026	LEVEMIR FLEXPEN SOLUTION PEN- INJECTOR 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENT OS 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 MEDICAMENT OS CUBIERTOS	3	T3, QL (45 PER 30 DAYS)
1/1/2026	LEVEMIR SOLUTION 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENT OS CUBIERTOS	3	T3, QL (50 PER 30 DAYS)
1/1/2026	LUBIPROSTONE CAPSULE 8 MCG, 24 MCG ORAL	LÍMITE DE CANTIDAD ACTUALIZADO	3	ТЗ
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 MEDICAMENT OS 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 MEDICAMENT OS CUBIERTOS	3	T3, QL (1 PER 1 DAY)
1/1/2026	NEXLETOL TABLET 180 MG ORAL	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENT OS 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 MEDICAMENT OS 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

Número de identificación de la lista de medicamentos 00026395

Versión 017



		OS CUBIERTOS			
1/1/2026	ORQUIDEA TABLET 0.35 MG ORAL	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENT OS 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 MEDICAMENT OS CUBIERTOS	3	ТЗ	
1/1/2026	PERAMPANEL TABLET 2 MG ORAL	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENT OS 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	



1/1/2026	PERSERIS PREFILLED SYRINGE 90	LA LISTA DE MEDICAMENT OS CUBIERTOS SE	5	T5, PA, NDS
1/1/2026	MG, 120 MG SUBCUTANEOUS	ACTUALIZARON LOS CRITERIOS DE AUTORIZACIÓN PREVIA	5	
1/1/2026	PREDNISOLONE TABLET 5 MG ORAL	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENT OS CUBIERTOS	2	T2
1/1/2026	QUETIAPINE FUMARATE TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50 MG ORAL	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENT OS CUBIERTOS	2	T2
1/1/2026	REVCOVI SOLUTION 2.4 MG/1.5ML INTRAMUSCULAR	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENT OS CUBIERTOS	5	T5, PA, NDS
1/1/2026	REZDIFFRA TABLET 60 MG, 80 MG, 100 MG ORAL	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENT OS 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 MEDICAMENT OS 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 MEDICAMENT OS CUBIERTOS	3	T3, QL (2 PER 1 DAY)	
1/1/2026	TICAGRELOR TABLET 90 MG ORAL	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENT OS CUBIERTOS	3	ТЗ	
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 MEDICAMENT OS 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 MEDICAMENT OS 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 MEDICAMENT OS CUBIERTOS	5	T5, PA, NDS	
1/1/2026	TRIKAFTA TABLET THERAPY PACK 50 MG, 100 MG ORAL		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 MEDICAMENT OS 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 MEDICAMENT OS 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	

Versión 017



	SUBCUTANEOUS	LA LISTA DE MEDICAMENT OS 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 MEDICAMENT OS 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	AGREGADO A	5	T5, PA, NDS
1/1/2026	USTEKINUMAB SOLUTION 45 MG/0.5ML SUBCUTANEOUS	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENT OS CUBIERTOS	5	T5, PA, NDS
1/1/2026	USTEKINUMAB SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML SUBCUTANEOUS	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENT OS 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 MEDICAMENT		
1/1/2026	VIMKUNYA SUSPENSION PREFILLED	OS CUBIERTOS SE HA	3	T3
1/1/2020	SYRINGE 40 MCG/0.8ML INTRAMUSCULAR	AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENT OS CUBIERTOS	3	
1/1/2026	VIVOTIF CAPSULE DELAYED RELEASE ORAL	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENT OS CUBIERTOS	3	ТЗ
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 MEDICAMENT OS CUBIERTOS	5	T5, PA, NDS
1/1/2026	XPOVIO TABLET THERAPY PACK 10 MG, 20 MG ORAL	LÍMITE DE CANTIDAD ACTUALIZADO	5	T5, PA, QL (16 PER 28 DAYS), NDS
1/1/2026	ZTALMY SUSPENSION 50 MG/ML ORAL	SE ACTUALIZARON LOS CRITERIOS DE AUTORIZACIÓN PREVIA	5	T5, NDS
1/1/2026	ZYMFENTRA AUTO-INJECTOR KIT 120 MG/ML SUBCUTANEOUS	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENT	5	T5, PA, QL (1 PER 28 DAYS), NDS



		OS CUBIERTOS			
1/1/2026	ZYMFENTRA PREFILLED SYRINGE KIT 120 MG/ML SUBCUTANEOUS	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENT OS CUBIERTOS	5	T5, PA, QL (1 PER 28 DAYS), NDS	

Cambios negativos en la lista de medicamentos cubiertos

Fecha de vigencia del cambio	Nombre del medicamento	Descripción del cambio	Nivel	Información adicional	Alternativa(s) de la lista de medicamentos y el nivel (si corresponde por eliminación de dicha lista)	Aviso al asegurado
1/1/2026	ACETAMINOPHEN-CODEINE #2 TABLET 300-15 MG ORAL	SE HA AUMENTADO EL NIVEL	3	T3, QL (6 PER 1 DAY), NDS		 -A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días. -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	ACETAMINOPHEN-CODEINE #3 TABLET 300-15 MG ORAL	SE HA AUMENTADO EL NIVEL	3	T3, QL (6 PER 1 DAY), NDS	-A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días. -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	ACETAMINOPHEN-CODEINE #4 TABLET 300-15 MG ORAL	SE HA AUMENTADO EL NIVEL	3	T3, QL (6 PER 1 DAY), NDS	 A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días. 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	ACETAMINOPHEN-CODEINE SOLUTION 120 MG/5ML ORAL	SE HA AUMENTADO EL NIVEL	3	T3, NDS	 A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días. A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del



						nuevo año del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	ACETAMINOPHEN-CODEINE SOLUTION 300-15 MG/12.5ML ORAL	SE HA AUMENTADO EL NIVEL	3	T3, NDS		A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.
						A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	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.
						- A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	ACTEMRA ACTPEN SOLUTION AUTO-INJECTOR 162 MG/0.9ML SUBCUTANEOUS	SE HA ELIMINADO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS			T5: TYENNE SOLUTION AUTO- INJECTOR 162 MG/0.9ML SUBCUTANEOUS	 - A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días. - A los asegurados se les envió un aviso general con antelación

Versión 017



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



1/1/2026	BUPROPION HCL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 450 MG ORAL	SE HA ELIMINADO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS		medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC]. - A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días. - A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	ENTRESTO TABLET 24 MG, 49 MG, 97 MG ORAL	SE HA ELIMINADO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	T3: SACUBITRIL-VALSARTAN TABLET 24 MG, 49 MG, 97 MG ORAL	 - A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días. - A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	FORTEO SOLUTION 600 MCG/2.4ML SUBCUTANEOUS	SE HA ELIMINADO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	T5: TERIPARATIDE SOLUTION PEN- INJECTOR 560 MCG/2.24ML SUBCUTANEOUS	 - A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días. - A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de



						[Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	FORTEO SOLUTION SOLUTION PEN-INJECTOR 620 MCG/2.48ML SUBCUTANEOUS	SE HA ELIMINADO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS			T5: TERIPARATIDE SOLUTION PEN- INJECTOR 620 MCG/2.48ML SUBCUTANEOUS	 - A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días. - A los asegurados se les envió
		CODIENTOS				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			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.
		CUBIERTOS				- 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
1/1/2026	HUMALOG KWIKPEN SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS	LÍMITE DE CANTIDAD ACTUALIZADO	3	T3, QL (45 PER 30 DAYS)		[Evidence of Coverage, EOC].- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.
						- A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de
						medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de



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



					[Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	HYDROCODONE- ACETAMINOPHEN TABLET 5-325 MG, 7.5-325 MG, 10-325 MG ORAL	SE HA AUMENTADO EL NIVEL	3	T3, QL (6 PER 1 DAY), NDS	- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.
	OT VIE				- A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	HYDROCODONE-IBUPROFEN TABLET 7.5 MG-200 MG ORAL	SE HA AUMENTADO EL NIVEL	3	T3, QL (6 PER 1 DAY), NDS	- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.
					- A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	HYDROMORPHONE HCL TABLET 2 MG, 4 MG ORAL	SE HA AUMENTADO EL NIVEL	3	T3, QL (6 PER 1 DAY), NDS	- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.
					- A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de



					[Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	HYDROMORPHONE HCL TABLET 8 MG ORAL	SE HA AUMENTADO EL NIVEL	3	T3, QL (3 PER 1 DAY), NDS	- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.
					- A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año
					del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	INSULIN LISPRO SOLUTION 100 UNIT/ML INJECTION	LÍMITE DE CANTIDAD ACTUALIZADO	3	T3, QL (50 PER 30 DAYS)	- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.
					- A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año
					del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	INSULIN LISPRO SOLUTION PEN- INJECTOR 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS	LÍMITE DE CANTIDAD ACTUALIZADO	3	T3, QL (45 PER 30 DAYS)	- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.
					- A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de



					[Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	INVEGA HAFYERA SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1092 MG/3.5ML INTRAMUSCULAR	SE HAN AGREGADO CRITERIOS	5	T5, PA, QL (4.0 PER 180 DAYS), NDS	- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días A los asegurados se les envió
					un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	INVEGA HAFYERA SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1560 MG/5ML INTRAMUSCULAR	SE HAN AGREGADO CRITERIOS	5	T5, PA, QL (5 PER 180 DAYS), NDS	A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.
					A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	INVEGA SUSTENNA SUSPENSION 117 MG/0.75ML INTRAMUSCULAR	SE HAN AGREGADO CRITERIOS	5	T5, PA, NDS	A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.
					 A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en



1.1 1.1	ы	1
Health	Plan.	Inc.
···	,	

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



					medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	INVEGA SUSTENNA SUSPENSION 78 MG/0.5ML INTRAMUSCULAR	SE HAN AGREGADO CRITERIOS	5	T5, PA, NDS	- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.
					- A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	INVEGA SUSTENNA SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 117 MG/0.75ML INTRAMUSCULAR	SE HAN AGREGADO CRITERIOS	5	T5, PA, NDS	- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.
					- A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	INVEGA SUSTENNA SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 156 MG/ML INTRAMUSCULAR	SE HAN AGREGADO CRITERIOS	5	T5, PA, NDS	- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.
					- A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año



					del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	INVEGA SUSTENNA SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 234 MG/1.5ML INTRAMUSCULAR	SE HAN AGREGADO CRITERIOS	5	T5, PA, NDS	- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.
					- A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	INVEGA SUSTENNA SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 39 MG/0.25ML INTRAMUSCULAR	SE HAN AGREGADO CRITERIOS	4	T4, PA	- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.
					- A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	INVEGA SUSTENNA SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 78 MG/0.5ML INTRAMUSCULAR	SE HAN AGREGADO CRITERIOS	5	T5, PA, NDS	- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.
					- A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de



					[Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	INVEGA TRINZA SUSPENSION 273 MG/0.875ML INTRAMUSCULAR	SE HAN AGREGADO CRITERIOS	5	T5, PA, NDS	- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.
					- A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de
					[Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	INVEGA TRINZA SUSPENSION 410 MG/1.315ML INTRAMUSCULAR	SE HAN AGREGADO CRITERIOS	5	T5, PA, NDS	- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.
					- A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de
					[Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	INVEGA TRINZA SUSPENSION 546 MG/1.75ML INTRAMUSCULAR	SE HAN AGREGADO CRITERIOS	5	T5, PA, NDS	- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.
					- A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de



					[Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	INVEGA TRINZA SUSPENSION 819 MG/2.625ML INTRAMUSCULAR	SE HAN AGREGADO CRITERIOS	5	T5, PA, NDS	- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.
					- A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año
					del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	INVEGA TRINZA SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 273 MG/0.875ML INTRAMUSCULAR	SE HAN AGREGADO CRITERIOS	5	T5, NDS	- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.
					- A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año
					del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	INVEGA TRINZA SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 273 MG/0.88ML INTRAMUSCULAR	SE HAN AGREGADO CRITERIOS	5	T5, PA, NDS	- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.
					- A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de



					[Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	INVEGA TRINZA SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 410 MG/1.315ML INTRAMUSCULAR	SE HAN AGREGADO CRITERIOS	5	T5, PA, NDS	- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.
					- A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año
					del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	INVEGA TRINZA SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 410 MG/1.32ML INTRAMUSCULAR	SE HAN AGREGADO CRITERIOS	5	T5, PA, NDS	- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.
					- A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de
					medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	INVEGA TRINZA SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 546 MG/1.75ML INTRAMUSCULAR	SE HAN AGREGADO CRITERIOS	5	T5, PA, NDS	- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.
					- A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de
					medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de



					[Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	INVEGA TRINZA SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 819 MG/2.625ML INTRAMUSCULAR	SE HAN AGREGADO CRITERIOS	5	T5, PA, NDS	- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.
					- A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de
					[Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	INVEGA TRINZA SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 819 MG/2.63ML INTRAMUSCULAR	SE HAN AGREGADO CRITERIOS	5	T5, PA, NDS	- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.
					- A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	INVOKANA TABLET 100 MG, 300 MG ORAL	SE HA ELIMINADO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS			- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.
		CUBIERTOS			- A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de



					[Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	LANTUS SOLOSTAR SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS	LÍMITE DE CANTIDAD ACTUALIZADO	3	T3, QL (45 PER 30 DAYS)	- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.
					- A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	LANTUS SOLUTION 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS	LÍMITE DE CANTIDAD ACTUALIZADO	3	T3, QL (50 PER 30 DAYS)	- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.
					- A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	METHADONE HCL TABLET 10 MG ORAL	SE HA AUMENTADO EL NIVEL	3	T3, QL (4 PER 1 DAY), NDS	A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.
					A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su



						videncia de [Evidence of overage, EOC].
1/1/2026	METHADONE HCL TABLET 5 MG ORAL	SE HA AUMENTADO EL NIVEL	3	T3, QL (6 PER 1 DAY), NDS		los asegurados se les iaron avisos individuales de lías.
					un a de l med del	los asegurados se les envió aviso general con antelación os cambios en la lista de dicamentos del nuevo año plan en su Evidencia de idence 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 iaron avisos individuales de
					un a de l med de l	los asegurados se les envió viso general con antelación os cambios en la lista de licamentos del nuevo año plan en su Evidencia de idence 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 iaron avisos individuales de
					un a de l	los asegurados se les envió aviso general con antelación os cambios en la lista de licamentos del nuevo año plan en su Evidencia de



					[Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	ORPHENADRINE CITRATE TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 100 MG ORAL	SE HAN AGREGADO CRITERIOS	2	T2, PA	- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.
					- A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año
					del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	OXYCODONE HCL TABLET 15 MG ORAL	SE HA AUMENTADO EL NIVEL	3	T3, QL (5 PER 1 DAY), NDS	- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.
					- A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de
					medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	OXYCODONE HCL TABLET 20 MG ORAL	SE HA AUMENTADO EL NIVEL	3	T3, QL (4 PER 1 DAY), NDS	- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.
					- A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de
					medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de



					[Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	OXYCODONE HCL TABLET 30 MG ORAL	SE HA AUMENTADO EL NIVEL	3	T3, QL (2 PER 1 DAY), NDS	- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.
					- A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	OXYCODONE HCL TABLET 5 MG, 10 MG ORAL	SE HA AUMENTADO EL NIVEL	3	T3, QL (6 PER 1 DAY), NDS	- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.
					- A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	OXYCODONE HCL TABLET ABUSE-DETERRENT 15 MG ORAL	SE HA AUMENTADO EL NIVEL	3	T3, QL (5 PER 1 DAY), NDS	- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.
					- A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de



					[Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	OXYCODONE-ACETAMINOPHEN TABLET 2.5-325 MG, 5-325 MG, 7.5-325 MG, 10-325 MG ORAL	SE HA AUMENTADO EL NIVEL	3	T3, QL (6 PER 1 DAY), NDS	- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.
					- A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	PAXLOVID (150/100) TABLET THERAPY PACK 10 X 100MG ORAL	LÍMITE DE CANTIDAD ACTUALIZADO	3	T3, QL (60 PER 365 DAYS)	- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.
					- A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	PAXLOVID (300/100) TABLET THERAPY PACK 10 X 100MG ORAL	LÍMITE DE CANTIDAD ACTUALIZADO	3	T3, QL (90 PER 365 DAYS)	- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.
					- A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de



					[Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	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. - A los asegurados se les envió un aviso general con antelación
					de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	RISPERIDONE MICROSPHERES SUSPENSION RECONSTITUTED ER 50 MG INTRAMUSCULAR	SE HAN AGREGADO CRITERIOS	5	T5, PA, NDS	- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.
					- A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de
1/1/2026	UPTRAVI TABLET 200 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG, 1000 MCG, 1200 MCG, 1400 MCG, 1600 MCG ORAL	SE HA ELIMINADO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS			[Evidence of Coverage, EOC].- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.
	233363 6.14	CUBIERTOS			- A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de



					[Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	UPTRAVI TITRATION TABLET THERAPY PACK 200 & 800 MCG ORAL	SE HA ELIMINADO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS			- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.
		CUBIERTOS			- 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	XDEMVY SOLUTION 0.25 % OPHTHALMIC	SE HAN AGREGADO CRITERIOS	5	T5, PA, QL (30 PER 365 DAYS), NDS	 - A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días. - A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de
					medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de [Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	ZYPREXA RELPREVV SUSPENSION RECONSTITUTED 210 MG INTRAMUSCULAR	SE HAN AGREGADO CRITERIOS	4	T4, PA	- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.
					- A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de



					[Evidence of Coverage, EOC].
1/1/2026	ZYPREXA RELPREVV SUSPENSION RECONSTITUTED 300 MG, 405 MG INTRAMUSCULAR	SE HAN AGREGADO CRITERIOS	5	T5, PA, NDS	- A los asegurados se les enviaron avisos individuales de 90 días.
					- A los asegurados se les envió un aviso general con antelación de los cambios en la lista de medicamentos del nuevo año del plan en su Evidencia de
					[Evidence of Coverage, EOC].

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.

Notice of Availability

English	ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-855-592-7737 (TTY: 711) or speak to your provider.
Spanish Español	ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-855-592-7737 (TTY: 711) o hable con su proveedor.
Navajo Diné	SHOOH: Diné bee yániłti'gogo, saad bee aná'awo' bee áka'anída'awo'ít'áá jiik'eh ná hóló. Bee ahił hane'go bee nida'anishí t'áá ákodaat'éhígíí dóó bee áka'anída'wo'í áko bee baa hane'í bee hadadilyaa bich'į' ahoot'i'ígíí éí t'áá jiik'eh hóló. Kohjį' 1-855-592-7737 (TTY: 711) hodíilnih doodago nika'análwo'í bich'į' hanidziih.
Vietnamese Việt	LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ dịch vụ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-855-592-7737 (Người khuyết tật: TTY: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.
German Deutsch	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistenzdienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-855-592-7737 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.
Chinese Simplified 简体中文	注意:如果您使用简体中文,我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务,以提供无障碍格式版信息。请拨打 1-855-592-7737 (TTY: 711) 或咨询您的服务提供者。
Chinese Traditional 繁體中文	注意:如果您使用繁體中文,我們將免費為您提供語言協助服務。我們還免費提供適當的輔助工具和服務,以提供無障礙格式版資訊。請致電 1-855-592-7737 (TTY:711) 或諮詢您的服務提供者。
Japanese 日本語	注:日本語を話される場合、無料の言語支援サービスをご利用いただけます。アクセシブル (誰もが利用できるよう配慮された)な形式で情報を提供するための適切な補助支援やサー ビスも無料でご利用いただけます。1-855-592-7737 (TTY:711)までお電話ください。または、 ご利用の事業者にご相談ください。
Filipino	ATTENTION: Kung marunong kang magsalita ng Filipino, makakagamit ka ng mga libreng serbisyo sa tulong sa wika. Ang mga angkop na karagdagang tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format ay magagamit din nang libre. Tumawag sa 1-855-592-7737 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.
Korean 한국어	주의: 한국어를 사용하는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 접근 가능한 형식으로 정보를 제공하기 위한 적절한 보조 도구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-855-592-7737(TTY: 711)로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하세요.



French Français	ATTENTION : Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-855-592-7737 (TTY : 711) ou parlez à votre fournisseur.
Tagalog	PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyong tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-855-592-7737 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.
Russian РУССКИЙ	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русский, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-855-592-7737 (ТТҮ: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.
Urdu اردو	توجہ دیں: اگر آپ ار دو بولتے ہیں تو، مفت لسانی اعانت کی خدمات آپ کے لیے دستیاب ہیں۔ مناسب ضمنی امداد اور خدمات بھی قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے بلا معاوضہ دستیاب ہیں۔ (TTY: 711) 592-592-592 پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔
Nepali नेपाली	ध्यान दिनुहोस्: तपाईं नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंका लागि नि:शुल्क भाषा सहायता सेवाहरू उपलब्ध छन्। पहुँचयोग्य ढाँचाहरूमा जानकारी प्रदान गर्न उपयुक्त सहायक सहायताहरू र सेवाहरू पनि नि:शुल्क उपलब्ध छन्। 1-855-592-7737 (TTY: 711) मा फोन गर्नुहोस् वा आफ्नो प्रदायकसँग कुरा गर्नुहोस्।
Bengali বাংলা	মনোযোগ দিন: আপনি যদি বাংলায় কথা বলেন, তাহলে বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবা আপনার জন্য উপলব্ধ। অ্যাক্সেসযোগ্য ফর্ম্যাটে তথ্য প্রদানের জন্য উপযুক্ত সহায়ক সহায়তা এবং পরিষেবাগুলিও বিনামূল্যে পাওয়া যায়। 1-855-592-7737 (TTY: 711) নম্বরে কল করুন অথবা আপনার প্রদানকারীর সাথে কথা বলুন।
Hindi हिंदी	ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएँ उपलब्ध हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक सहायताएँ और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-855-592-7737 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।
Arabic اللغة العربية	تنبيه: إذا كنت تتحدث العربية، فمتاح لك خدمات لغوية بالمجان. ومتاح بالمجان أيضًا مساعدات وخدمات إضافية مناسبة لتقديم المعلومات بتنسيقات يسهل الحصول عليها. اتصل بالرقم (711: 711) 7737-592-185-1 (خدمة الهاتف النصيي) أو تحدث إلى مزود الخدمة المعني بك.
Turkish Türkçe	DiKKATİNİZE: Türkçe biliyorsanız, ücretsiz dil destek hizmetlerinden faydalanabilirsiniz. Ayrıca ücretsiz olarak, uygun yardımcı araçlarla ve hizmetlerle erişilebilir formatlarda bilgi de sağlanmaktadır. 1-855-592-7737 (TTY (İşitme ve Konuşma Engelli Destek Hattı): 711) numaralı telefondan bize ulaşabilir veya hizmet sağlayıcınız ile görüşebilirsiniz.