

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 2025 de Presbyterian Senior Care (HMO) / (HMO-POS), Presbyterian UltraFlex (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 y
Presbyterian UltraFlex:**



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



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

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

Presbyterian Dual Plus:



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



www.phs.org/Medicare

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

Fecha de vigencia del cambio	Nombre del medicamento	Descripción del cambio	Nivel	Información adicional	Alternativa(s) de la lista de medicamentos y el nivel (si corresponde por eliminación de dicha lista)
01/01/2025	ARIKAYCE 590 MG/8.4ML INHALATION SUSPENSION	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	NDS	
01/01/2025	COLOCORT 100 MG/60ML RECTAL ENEMA	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	3		
01/01/2025	DICLOFENAC SODIUM 1.5 % EXTERNAL SOLUTION	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	4		
01/01/2025	FETZIMA TITRATION ER 24 HOUR THERAPY PACK 20 & 40 MG ORAL CAPSULE	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	4	ST; QL (56 EA per 365 days)	
01/01/2025	IMPAVIDO 50 MG ORAL CAPSULE	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	NDS	

Y0055_MPC092446_SPAN_NSR_C_10022024

Número de identificación de la lista de medicamentos 00025429

Versión 030

Fecha la última actualización: 03/19/2025

Página | 2

01/01/2025	LIVTENCITY 200 MG ORAL TABLET	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	PA; QL (4 EA per 1 day); NDS	
01/01/2025	MIRENA (52 MG) 20 MCG/DAY INTRAUTERINE DEVICE	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	3		
01/01/2025	NEXPLANON 68 MG SUBCUTANEOUS IMPLANT	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	3		
01/01/2025	OPVEE 2.7 MG/0.1ML NASAL SOLUTION	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	3		
01/01/2025	PENICILLAMINE 250 MG ORAL CAPSULE	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	3		
01/01/2025	PIMECROLIMUS 1 % EXTERNAL CREAM	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	4		

01/01/2025	REBYOTA 150 ML RECTAL SUSPENSION	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	PA; NDS	
01/01/2025	TADALAFIL 5 MG ORAL TABLET	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	2	PA	
01/01/2025	TAVNEOS 10 MG ORAL CAPSULE	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	PA; LA; QL (6 EA per 1 day); NDS	
01/01/2025	TINIDAZOLE 250 MG, 500 MG ORAL TABLET	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	2		
01/01/2025	TOLVAPTAN 15 MG ORAL TABLET	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	4		
01/01/2025	TORPENZ 10 MG, 2.5 MG, 5 MG, 7.5 MG ORAL TABLET	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	PA; NDS	

01/01/2025	VELTASSA 16.8 GM, 25.2 GM, 8.4 GM ORAL PACKET	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	4	PA; QL (1 EA per 1 day)	
01/01/2025	VEOZAH 45 MG ORAL TABLET	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	4		
01/01/2025	VOWST ORAL CAPSULE	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	PA; NDS	
01/01/2025	XDEMVIY 0.25 % OPHTHALMIC SOLUTION	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	QL (20 ML per 365 days); NDS	
01/01/2025	BUDESONIDE-FORMOTEROL FUMARATE 160-4.5 MCG/ACT, 80-4.5 MCG/ACT INHALATION AEROSOL	SUSTITUCIÓN GENÉRICA	3	QL (10.2 GM per 30 days)	
01/01/2025	L-GLUTAMINE 5 GM ORAL PACKET	SUSTITUCIÓN GENÉRICA	5	PA; QL (6 EA per 1 day); NDS	
01/01/2025	FEBUXOSTAT TABLET 40 MG ORAL, 80 MG ORAL	SE HAN AGREGADO CRITERIOS	3	PA; QL (1 EA per 1 day)	

01/01/2025	HYDROXYZINE HCL TABLET 10 MG ORAL, 25 MG ORAL, 50 MG ORAL	SE HAN AGREGADO CRITERIOS	4	PA	
01/01/2025	HYDROXYZINE PAMOATE CAPSULE 100 MG ORAL, 25 MG ORAL, 50 MG ORAL	SE HAN AGREGADO CRITERIOS	4	PA	
01/01/2025	CLOMIPRAMINE HCL CAPSULE 25 MG ORAL, 50 MG ORAL, 75 MG ORAL	SE HAN ELIMINADO CRITERIOS	2		
01/01/2025	COMBIPATCH PATCH TWICE WEEKLY 0.05-0.14 MG/DAY TRANSDERMAL, PATCH TWICE WEEKLY 0.05-0.25 MG/DAY TRANSDERMAL	SE HAN ELIMINADO CRITERIOS	4		
01/01/2025	DESIPRAMINE HCL TABLET 10 MG ORAL, 100 MG ORAL, 150 MG ORAL, 25 MG ORAL, 50 MG ORAL, 75 MG ORAL	SE HAN ELIMINADO CRITERIOS	2		
01/01/2025	DOXEPIN HCL CAPSULE 10 MG ORAL, 100 MG ORAL, 150 MG ORAL, CAPSULE 25 MG ORAL, 50 MG ORAL, 75 MG ORAL	SE HAN ELIMINADO CRITERIOS	4		
01/01/2025	IMIPRAMINE HCL TABLET 10 MG ORAL, 25 MG ORAL, 50 MG ORAL	SE HAN ELIMINADO CRITERIOS	4		
01/01/2025	NORTRIPTYLINE HCL CAPSULE 10 MG ORAL, 25 MG ORAL, 50 MG ORAL, 75 MG ORAL, SOLUTION 10 MG/5ML ORAL	SE HAN ELIMINADO CRITERIOS	1		

01/01/2025	NORTRIPTYLINE HCL SOLUTION 10 MG/5ML ORAL	SE HAN ELIMINADO CRITERIOS	3		
01/01/2025	PAROXETINE HCL ER TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12.5 MG ORAL, 25 MG ORAL, 37.5 MG ORAL,	SE HAN ELIMINADO CRITERIOS	2		
01/01/2025	PROTRIPTYLINE HCL TABLET 10 MG ORAL, TABLET 5 MG ORAL	SE HAN ELIMINADO CRITERIOS	2		
01/01/2025	TRIMIPRAMINE MALEATE CAPSULE 100 MG ORAL, 25 MG ORAL, 50 MG ORAL	SE HAN ELIMINADO CRITERIOS	4		
01/01/2025	BISOPROLOL FUMARATE TABLET 10 MG ORAL	SE HA AGREGADO QL	2	GC; QL (90 EA per 365 days)	
01/01/2025	AUSTEDO XR TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 6 MG ORAL	SE HA AUMENTADO QL	5	PA; QL (3 EA per 1 day); NDS	
01/01/2025	OJEMDA TABLET 100 MG ORAL (16 PACK)	SE HA AUMENTADO QL	5	PA; QL (24 EA per 28 days); NDS	
01/01/2025	ISENTRESS TABLET CHEWABLE 25 MG ORAL	SE HA SUBIDO EL QL	4	QL (6 EA per 1 day)	
01/01/2025	TIVICAY PD TABLET SOLUBLE 5 MG ORAL	SE HA SUBIDO EL QL	5		
01/01/2025	ALOSETRON HCL TABLET 0.5 MG ORAL	SE HA BAJADO EL NIVEL	4	PA; QL (2 EA per 1 day); NDS	
01/01/2025	ARIPRAZOLE TABLET DISPERSIBLE 15 MG ORAL	SE HA BAJADO EL NIVEL	4	PA; QL (2 EA per 1 day); NDS	

01/01/2025	CLOZAPINE TABLET DISPERSIBLE 200 MG ORAL	SE HA BAJADO EL NIVEL	4	ST; NDS	
01/01/2025	DEFERASIROX TABLET 180 MG ORAL, 360 MG ORAL	SE HA BAJADO EL NIVEL	4	PA; NDS	
01/01/2025	EMTRICITABINE-TENOFOVIR DF TABLET 100-150 MG ORAL, 133-200 MG ORAL, 167-250 MG ORAL, 200- 300 MG ORAL	SE HA BAJADO EL NIVEL	2	QL (1 EA per 1 day); NDS	
01/01/2025	ETONOGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL RING 0.12-0.015 MG/24HR VAGINAL	SE HA BAJADO EL NIVEL	3		
01/01/2025	ISENTRESS HD TABLET 600 MG	SE HA BAJADO EL NIVEL	3	QL (2 EA per 1 day); NDS	
01/01/2025	ISENTRESS PACKET 100 MG	SE HA BAJADO EL NIVEL	4	NDS	
01/01/2025	ISENTRESS TABLET 400 MG ORAL,	SE HA BAJADO EL NIVEL	3	QL (2 EA per 1 day); NDS	
01/01/2025	ISENTRESS CHEWABLE 100 MG ORAL	SE HA BAJADO EL NIVEL	4	QL (6 EA per 1 day); NDS	
01/01/2025	LEUPROLIDE ACETATE KIT 1 MG/0.2ML INJECTION	SE HA BAJADO EL NIVEL	4	NDS	
01/01/2025	LYLLANA 0.025 MG/24HR, 0.0375 MG/24HR, 0.05 MG/24HR, 0.075 MG/24HR, 0.1 MG/24HR TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY	SE HA BAJADO EL NIVEL	3	PA	
01/01/2025	MESALAMINE ER CAPSULE EXTENDED RELEASE 500 MG ORAL	SE HA BAJADO EL NIVEL	4	QL (8 EA per 1 day); NDS	
01/01/2025	NAYZILAM SOLUTION 5 MG/0.1ML NASAL	SE HA BAJADO EL NIVEL	4	QL (10 EA per 30 days); NDS	

Y0055_MPC092446_SPAN_NSR_C_10022024

Número de identificación de la lista de medicamentos 00025429

Versión 030

Fecha la última actualización: 03/19/2025

Página | 8

01/01/2025	NORELGESTROMIN-ETH ESTRADIOL PATCH WEEKLY 150-35 MCG/24HR TRANSDERMAL	SE HA BAJADO EL NIVEL	3		
01/01/2025	OPSUMIT TABLET 10 MG ORAL	SE HA BAJADO EL NIVEL	4	PA; LA; QL (1 EA per 1 day); NDS	
01/01/2025	PYRIDOSTIGMINE BROMIDE SOLUTION 60 MG/5ML ORAL	SE HA BAJADO EL NIVEL	4	NDS	
01/01/2025	RISPERIDONE MICROSPHERES ER 25 MG INTRAMUSCULAR RECONSTITUTED SUSPENSION	SE HA BAJADO EL NIVEL	4	NDS	
01/01/2025	TADALAFIL (PAH) TABLET 20 MG ORAL	SE HA BAJADO EL NIVEL	2	PA; QL (2 EA per 1 day); NDS	
01/01/2025	TIVICAY TABLET 10 MG ORAL	SE HA BAJADO EL NIVEL	3		
01/01/2025	TRIUMEQ PD TABLET SOLUBLE 60-5-30 MG ORAL	SE HA BAJADO EL NIVEL	4	QL (6 EA per 1 day); NDS	
01/01/2025	XCOPRI TABLET 25 MG ORAL	SE HA BAJADO EL NIVEL	4	ST; QL (1 EA per 1 day); NDS	
01/01/2025	XULANE 150-35 MCG/24HR TRANSDERMAL PATCH WEEKLY	SE HA BAJADO EL NIVEL	3		
01/01/2025	ZAFEMY PATCH WEEKLY 150-35 MCG/24HR TRANSDERMAL, PATCH WEEKLY 150-35 MCG/24HR TRANSDERMAL, PATCH WEEKLY 150-35 MCG/24HR TRANSDERMAL, PATCH WEEKLY 150-35 MCG/24HR TRANSDERMAL	SE HA BAJADO EL NIVEL	3		
02/01/2025	AUGTYRO 160 MG CAPSULE	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE	5	PA; QL (1 EA per 1 Day); NDS	

		MEDICAMENTOS CUBIERTOS			
02/01/2025	COBENFY 50-20 MG CAPSULE	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	PA; QL (1 EA per 1 Day); NDS	
02/01/2025	COBENFY 100-20 MG CAPSULE, 125-30 MG CAPSULE	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	PA; QL (2 EA per 1 Day); NDS	
02/01/2025	COBENFY STARTER PACK 50-20 & 100-20 MG CAPSULE THERAPY PACK	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	PA; QL (112 CAPS per 365 Day); NDS	
02/01/2025	DASATINIB 20 MG TABLET, 50 MG TABLET, 70 MG TABLET, 100 MG TABLET, 140 MG TABLET	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	PA; QL (1 EA per 1 Day); NDS	
02/01/2025	FINTEPLA 2.2 MG/ML ORAL SOLUTION	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	QL (12 ML per 1 Day); LA	
02/01/2025	ITOVEBI 3 MG TABLET	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	PA; QL (2 EA per 1 Day); NDS	

Y0055_MPC092446_SPAN_NSR_C_10022024

Número de identificación de la lista de medicamentos 00025429

Versión 030

Fecha la última actualización: 03/19/2025

Página | 10

		OS CUBIERTOS			
02/01/2025	ITOVEBI 9 MG TABLET	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	PA; QL (1 EA per 1 Day); NDS	
02/01/2025	LAZCLUZE 80 MG TABLET	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	PA; QL (2 EA per 1 Day); NDS	
02/01/2025	LAZCLUZE 240 MG TABLET	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	PA; QL (1 EA per 1 Day); NDS	
02/01/2025	LUMAKRAS 240 MG TABLET	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	PA; QL (2 EA per 1 Day); NDS; LD	
02/01/2025	VORANIGO 10 MG TABLET	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	PA; QL (2 EA per 1 Day); NDS	
02/01/2025	VORANIGO 40 MG TABLET	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	PA; QL (1 EA per 1 Day); NDS	

Y0055_MPC092446_SPAN_NSR_C_10022024

Número de identificación de la lista de medicamentos 00025429

Versión 030

Fecha la última actualización: 03/19/2025

Página | 11

		OS CUBIERTOS			
03/01/2025	BREYNA 160-4.5 MCG/ACT, 80-4.5 MCG/ACT INHALATION	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	3	QL (10.3 GM per 30 Days);	
03/01/2025	DANZITEN 71 MG, 95 MG TABLET	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	PA; QL (4 EA per 1 Day); NDS	
03/01/2025	IMKELDI 80 MG/ML ORAL SOLUTION	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	PA; QL (10 ML per 1 Day); NDS	
03/01/2025	PROCTOFOAM HC 1-1% EXTERNAL FOAM	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	3		
03/01/2025	REVUFORJ 110 MG, 160 MG TABLET	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	PA; QL (4 EA per 1 Day); NDS	
04/01/2025	MESNA 400 MG TABLET	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	5	NDS	

Y0055_MPC092446_SPAN_NSR_C_10022024

Número de identificación de la lista de medicamentos 00025429

Versión 030

Fecha la última actualización: 03/19/2025

Página | 12

		OS CUBIERTOS			
04/01/2025	MINZOYA 0.1-20 MG-MCG TABLET	SE HA AGREGADO A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS	3		
04/01/2025	BISOPROLOL FUMARATE 10 MG TABLET	SE HA ELIMINADO QL	2		

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
01/01/2025	AMJEVITA 40 MG/0.8ML, 80 MG/0.8ML SOLUTION AUTO-INJECTOR; AMJEVITA-PED 10KG TO <15KG 10 MG/0.2ML, 15KG TO <30KG 20 MG/0.2ML, 15KG TO <30KG 20 MG/0.4ML PREFILLED SYRINGE	SE HA ELIMINADO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS			<ul style="list-style-type: none"> AMJEVITA 40 MG/0.4ML T5 	– Members were sent advanced general notice of new plan year formulary changes in their Evidence of Coverage (EOC).
01/01/2025	CALCIUM ACETATE 667 MG ORAL CAPSULE	SE HA ELIMINADO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS		Must be billed in a bundle with dialysis treatment.		Members were sent advanced general notice of new plan year formulary changes in their Evidence of Coverage (EOC).
01/01/2025	COSENTYX (300 MG DOSE) 150 MG/ML PREFILLED SYRINGE; COSENTYX SENSOREADY (300 MG) 150 MG/ML, 150 MG/ML AUTO-INJECTOR; COSENTYX 75 MG/0.5ML PREFILLED SYRINGE; COSENTYX UNOREADY 300 MG/2ML AUTO-INJECTOR	SE HA ELIMINADO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS			<ul style="list-style-type: none"> AMJEVITA 40 MG/0.4ML T5 ENBREL 25 MG/0.5ML, 50 MG/ML T5 HADLIMA 40 MG/0.4ML T5 XELJANZ ORAL TABLETS T5 	– Members were sent advanced general notice of new plan year formulary changes in their Evidence of Coverage (EOC).
01/01/2025	DIMETHYL FUMARATE 120 MG ORAL, 240 MG CAPSULE	SE HA ELIMINADO DE			<ul style="list-style-type: none"> FINGOLIMOD 0.5 MG ORAL CAPS T4 	– Members were sent advanced general notice of new plan

Y0055_MPC092446_SPAN_NSR_C_10022024

Número de identificación de la lista de medicamentos 00025429

Versión 030

Fecha la última actualización: 03/19/2025

Página | 14

		LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS			<ul style="list-style-type: none"> • TERIFLUNOMIDE 7 MG, 14 MG OTAL TABLETS T2 	year formulary changes in their Evidence of Coverage (EOC).
01/01/2025	EXKIVITY 40 MG CAPSULE	SE HA ELIMINADO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS			<ul style="list-style-type: none"> • REMOVED FROM MARKET 	– Members were sent advanced general notice of new plan year formulary changes in their Evidence of Coverage (EOC).
01/01/2025	EXTAVIA KIT 0.3 MG SUBCUTANEOUS KIT	SE HA ELIMINADO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS			<ul style="list-style-type: none"> • FINGOLIMOD 0.5 MG ORAL CAPS T4 • TERIFLUNOMIDE 7 MG, 14 MG OTAL TABLETS T2 	– Members were sent advanced general notice of new plan year formulary changes in their Evidence of Coverage (EOC).
01/01/2025	FINTEPLA 2.2 MG/ML ORAL SOLUTION	SE HA ELIMINADO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS			<ul style="list-style-type: none"> • VALPROIC ACID 250 MG CAPSULES T2 • LAMOTRIGINE 25 MG, 100 MG, 150 MG, 200 MG TABLETS T2 • RUFINAMIDE 200 MG, 400 MG TABS, 40 MG/ML SOLUTION T5 • TOPIRAMATE 15 MG, 25 MG CAPSULES, 25 MG, 50 MG, 100 MG, 200 MG TABLETS T2 • CLOBAZAM 10 MG, 20 MG TABS, 2.5 MG/ML SOLUTION T4 • FELBAMATE 400 MG, 600 MG TABS, 600 MG/5ML SOLUTION T3 	– Members were sent advanced general notice of new plan year formulary changes in their Evidence of Coverage (EOC).

Y0055_MPC092446_SPAN_NSR_C_10022024

Número de identificación de la lista de medicamentos 00025429

Versión 030

Fecha la última actualización: 03/19/2025

Página | 15

01/01/2025	HADLIMA PUSHTOUCH 40 MG/0.8ML AUTO-INJECTOR; HADLIMA 40 MG/0.8ML PREFILLED SYRINGE	SE HA ELIMINADO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS			<ul style="list-style-type: none"> HADLIMA 40 MG/0.4ML T5 	– Members were sent advanced general notice of new plan year formulary changes in their Evidence of Coverage (EOC).
01/01/2025	JYLAMVO 2 MG/ML ORAL SOLUTION	SE HA ELIMINADO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS			<ul style="list-style-type: none"> METHOTREXATE 2.5 MG TABLETS T1 	– Members were sent advanced general notice of new plan year formulary changes in their Evidence of Coverage (EOC).
01/01/2025	LANTHANUM 500 MG, 750 MG, 1000 MG CHEWABLE TABLET	FORMULARY DELETION		Must be billed in a bundle with dialysis treatment.		– Members were sent advanced general notice of new plan year formulary changes in their Evidence of Coverage (EOC).
01/01/2025	LEXIVA 50 MG/ML ORAL SUSPENSION	SE HA ELIMINADO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS			<ul style="list-style-type: none"> FOSAMPRENAVIR 700 MG TABS T5 	– Members were sent advanced general notice of new plan year formulary changes in their Evidence of Coverage (EOC).
01/01/2025	OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) 2 MG/1.5ML, (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) 2 MG/3ML, (1 MG/DOSE) 4 MG/3ML, (2 MG/DOSE) 8 MG/3ML PEN-INJECTOR	SE HA ELIMINADO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS			<ul style="list-style-type: none"> MOUNJARO 2.5 MG, 5 MG, 7.5 MG, 10 MG, 12.5 MG, 15 MG TRULICITY 0.75 MG, 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG 	– Members were sent individual 90-day notices.

01/01/2025	PREFEST 1/1-0.09 MG (15/15) ORAL TABLET	SE HA ELIMINADO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS			<ul style="list-style-type: none"> Please refer to posted formulary and review the Estrogens class. 	– Members were sent advanced general notice of new plan year formulary changes in their Evidence of Coverage (EOC).
01/01/2025	REBIF REBIDOSE 22 MCG/0.5ML, 44 MCG/0.5ML AUTO-INJECTOR; REBIF 22 MCG/0.5ML, 44 MCG/0.5ML PREFILLED SYRINGE; REBIF 6X8.8 & 6X22 MCG PREFILLED SYRINGE TITRATION PACK	SE HA ELIMINADO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS			<ul style="list-style-type: none"> FINGOLIMOD 0.5 MG ORAL CAPS TERIFLUNOMIDE 7 MG, 14 MG TABS 	– Members were sent advanced general notice of new plan year formulary changes in their Evidence of Coverage (EOC).
01/01/2025	RINVOQ LQ 1 MG/ML ORAL SOLUTION; RINVOQ EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15 MG, EXTENDED RELEASE 24 HOUR 30 MG ORAL, EXTENDED RELEASE 24 HOUR 45 MG ORAL TABLET	SE HA ELIMINADO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS			<ul style="list-style-type: none"> AMJEVITA 40 MG/0.4ML T5 ENBREL 25 MG/0.5ML, 50 MG/ML T5 HADLIMA 40 MG/0.4ML T5 XELJANZ ORAL TABLETS T5 	– Members were sent advanced general notice of new plan year formulary changes in their Evidence of Coverage (EOC).
01/01/2025	RYBELSUS 14 MG, 3 MG, 7 MG ORAL TABLET	SE HA ELIMINADO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS			<ul style="list-style-type: none"> MOUNJARO 2.5 MG, 5 MG, 7.5 MG, 10 MG, 12.5 MG, 15 MG T3 TRULICITY 0.75 MG, 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG T3 	– Members were sent individual 90-day notices.
01/01/2025	SEVELAMIR 0.8 GM, 2.4 GM ORAL PACKET; 800 MG ORAL TABLET	FORMULARY DELETION		Must be billed in a bundle with dialysis treatment.		– Members were sent advanced general notice of new plan year formulary changes in their Evidence of Coverage (EOC).

01/01/2025	SKYRIZI (150 MG DOSE) 75 MG/0.83ML PREFILLED SYRINGE KIT; 150 MG/ML PEN SOLUTION AUTO-INJECTOR; 180 MG/1.2ML CARTRIDGE, 360 MG/2.4ML CARTRIDGE; 150 MG/ML PREFILLED SYRINGE	SE HA ELIMINADO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS			<ul style="list-style-type: none"> • AMJEVITA 40 MG/0.4ML T5 • ENBREL 25 MG/0.5ML, 50 MG/ML T5 • HADLIMA 40 MG/0.4ML T5 • XELJANZ ORAL TABLETS T5 	– Members were sent advanced general notice of new plan year formulary changes in their Evidence of Coverage (EOC). –
01/01/2025	STELARA 130 MG/26ML INTRAVENOUS SOLUTION	SE HA ELIMINADO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS			<ul style="list-style-type: none"> • AMJEVITA 40 MG/0.4ML T5 • ENBREL 25 MG/0.5ML, 50 MG/ML T5 • HADLIMA 40 MG/0.4ML T5 • XELJANZ ORAL TABLETS T5 	– Members were sent advanced general notice of new plan year formulary changes in their Evidence of Coverage (EOC). –
01/01/2025	SUBLOCADE 100 MG/0.5ML, 300 MG/1.5ML PREFILLED SYRINGE	SE HA ELIMINADO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS			Part B benefit	– Members were sent advanced general notice of new plan year formulary changes in their Evidence of Coverage (EOC). –
01/01/2025	TEMOZOLOMIDE 100 MG, 140 MG, 180 MG, 20 MG ORAL, 250 MG, 5 MG ORAL CAPSULE	SE HA ELIMINADO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS			Part B benefit	– Members were sent advanced general notice of new plan year formulary changes in their Evidence of Coverage (EOC). –
01/01/2025	THEOPHYLLINE EXTENDED RELEASE 12 HOUR 100 MG ORAL TABLET	SE HA ELIMINADO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS			<ul style="list-style-type: none"> • THEOPHYLLINE 300 MG, 450 MG TABLETS 	– Members were sent advanced general notice of new plan year formulary changes in their Evidence of Coverage (EOC).

						–
01/01/2025	VENTAVIS 10 MCG/ML, 20 MCG/ML INHALATION SOLUTION	SE HA ELIMINADO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS			<ul style="list-style-type: none"> • ADEMPAS 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG TABLETS T5 • ALYQ 20 MG TABLETS T5 • AMBRISENTAN 5 MG, 10 MG TABLETS T5 • BOSENTAN 62.5 MG, 125 MG TABLETS • OPSUMIT 10 TABLETS T5 • SILDENAFIL 20 MG TABLETS T2 • TADALAFIL 20 MG TABLETS T2 	–Members were sent advanced general notice of new plan year formulary changes in their Evidence of Coverage (EOC).
01/01/2025	VICTOZA 18 MG/3ML PEN-INJECTOR	SE HA ELIMINADO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS			<ul style="list-style-type: none"> • MOUNJARO 2.5 MG, 5 MG, 7.5 MG, 10 MG, 12.5 MG, 15 MG T3 • TRULICITY 0.75 MG, 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG T3 	–Members were sent individual 90-day notices.
02/01/2025	SPRYCEL 20 MG TABLET, 50 MG TABLET, 70 MG TABLET, 100 MG TABLET, 140 MG TABLET	SE HA ELIMINADO DE LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS			<ul style="list-style-type: none"> • DASATINIB 20 MG TABLET, 50 MG TABLET, 70 MG TABLET, 100 MG TABLET, 140 MG TABLET T5 	

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

Y0055_MPC092446_SPAN_NSR_C_10022024

Número de identificación de la lista de medicamentos 00025429

Versión 030

Fecha la última actualización: 03/19/2025

Página | 19

información, póngase en contacto con el plan.

Tal vez se apliquen limitaciones, copagos y restricciones.

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

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

Basado en la revisión del modelo de atención médica, el Comité Nacional de Control de Calidad [*National Committee for Quality Assurance, NCQA*] ha aprobado a Presbyterian Dual Plus (HMO D-SNP) para operar un plan de necesidades especiales [*Special Needs Plan, SNP*] hasta el 2025.