

**AVISO DE CAMBIOS A LA LISTA DE MEDICAMENTOS DEL PLAN [FORMULARY]**

**El resumen que se presenta a continuación describe los cambios a la lista de medicamentos [Formulary] de Presbyterian Turquoise Care de 2024.**

Si desea conseguir la lista de medicamentos más reciente, información sobre cómo se solicita una autorización previa o una excepción o si tiene otras preguntas, favor de comunicarse con el Centro de Atención al Cliente de Presbyterian. Se puede comunicar con el personal de dicho centro de lunes a sábado, de las 7:00 de la mañana a las 8:00 de la noche.

Teléfono: (505) 923-5200

Línea telefónica gratis: 1-888-977-2333

Teléfono (Navajo/Diné): (505) 923-5157

Línea telefónica gratis: (Navajo/Diné): 1-888-806-8793

Línea telefónica TTY: 711

En línea: [www.phs.org/Medicaid](http://www.phs.org/Medicaid)

Fecha en que entra en vigor el cambio	Nombre del medicamento	Descripción del cambio	Cobertura de la lista de medicamentos del plan	Opción/Opciones de la lista de medicamentos del plan
09/05/2023	Abrysvo® 120mcg/0.5mL intramuscular solution	Se ha agregado a la lista de medicamentos cubiertos	\$0, AL	
01/01/2024	Accu-Chek® (Blood Glucose Monitors) Compact Plus, Guide, and Smartview	Se ha bajado QL	F, QL	

MPC032455

Fecha de la última actualización: 09/01/2024

Fecha en que entra en vigor el cambio	Nombre del medicamento	Descripción del cambio	Cobertura de la lista de medicamentos del plan	Opción/Opciones de la lista de medicamentos del plan
01/01/2024	Amjevita-Ped® (adalimumab-atto) 10 mg/0.2 mL and 20 mg/0.4 mL 15kg to <30kg prefilled syringes	Se ha agregado a la lista de medicamentos cubiertos	F, PA, QL	
09/05/2023	Arexvy® ( <i>rsvpref3 vac recomb adjuvanted</i> ) 120 mcg/0.5 mL intramuscular solution	Se ha agregado a la lista de medicamentos cubiertos	\$0	
09/20/2023	brimonidine (generic for Alphagan® P) 0.1% ophthalmic solution	Se ha agregado a la lista de medicamentos cubiertos	F, ST	
09/20/2023	brimonidine (generic for Alphagan® P) 0.1% ophthalmic solution	Se ha eliminado de la lista de medicamentos cubiertos	NF	brimonidine 0.1% ophthalmic solution (F, ST)
01/01/2024	Eylea® HD (aflibercept) 8 mg/0.07 mL	Se ha agregado a la lista de medicamentos cubiertos	MB	
01/01/2024	fluticasone/salmeterol (generic for Advair®)	Se ha eliminado limite de edad	F, PA, QL	

Fecha en que entra en vigor el cambio	Nombre del medicamento	Descripción del cambio	Cobertura de la lista de medicamentos del plan	Opción/Opciones de la lista de medicamentos del plan
	100/50 mcg and 200/50 mcg inhalation aerosol powder			
01/01/2024	Freestyle® (Continuous Glucose Monitors) Libre 2 and Libre 3	Se han actualizado criterios	F, PA, QL	
01/01/2024	lisdexamfetamine (generic for Vyvanse®) 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg, 70 mg oral capsules	Se ha agregado a la lista de medicamentos cubiertos	F, PA, QL	
01/01/2024	Trulicity® (dulaglutide) 0.75 mg/0.5 mL, 1.5 mg/0.5 mL, 3 mg/0.5 mL, and 4.5 mg/0.5 mL pen-injectors	Se han actualizado criterios	F, PA, QL	
01/01/2024	Victoza® (liraglutide) 18 mg/3 mL pen-injector	Se han actualizado criterios	F, PA, QL	
01/01/2024	Vyvanse® (lisdexamfetamine)	Se ha eliminado de la lista de medicamentos cubiertos	NF	lisdexamfetamine (generic for Vyvanse®) 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg, 70 mg oral capsules (F, PA, QL)

Fecha en que entra en vigor el cambio	Nombre del medicamento	Descripción del cambio	Cobertura de la lista de medicamentos del plan	Opción/Opciones de la lista de medicamentos del plan
	10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 50 mg, 60 mg, 70 mg oral capsules			
01/08/2024	Flovent Diskus® (fluticasone) 50 mcg/act, 100 mcg/act, and 250 mcg/act; Flovent HFA® (fluticasone) 44 mcg/act, 110 mcg/act, 220 mcg/act	Se ha eliminado de la lista de medicamentos cubiertos	NF	fluticasone diskus (generic for Flovent Diskus®) 50 mcg/act, 100 mcg/act (T2), and 250 mcg/act; fluticasone HFA (generic for Flovent HFA®) 44 mcg/act, 110 mcg/act, 220 mcg/act (F)
01/08/2024	fluticasone (generic for Flovent Diskus®); 50 mcg/act, 100 mcg/act, and 250 mcg/act; fluticasone (generic for Flovent HFA®) 44 mcg/act, 110 mcg/act, 220 mcg/act	Se ha agregado a la lista de medicamentos cubiertos	F	
01/16/2024	Votrient® (pazopanib) 200 mg tablets	Se ha eliminado de la lista de medicamentos cubiertos	NF	pazopanib 200mg tablets (F)
01/16/2024	pazopanib (generic for Votrient®) 200 mg tablets	Se ha agregado a la lista de medicamentos cubiertos	F, PA, QL, SP	
01/22/2024	Freestyle Reader 3	Se ha agregado a la lista de medicamentos cubiertos	F, PA, QL	

Fecha en que entra en vigor el cambio	Nombre del medicamento	Descripción del cambio	Cobertura de la lista de medicamentos del plan	Opción/Opciones de la lista de medicamentos del plan
01/22/2024	amphetamine-dextroamphetamine (generic for Zenzedi®) 5 mg, 10 mg tablet	Se ha bajado AL	F, QL, AL	
01/22/2024	amphetamine-dextroamphetamine (generic for Adderall®) 5 mg, 7.5 mg, 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg tablet	Se ha bajado AL	F, QL, AL	
02/01/2024	Mounjaro® (tirzepatide) 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg, 10 mg, 12.5 mg, 15 mg injection	Se ha agregado a la lista de medicamentos cubiertos	F, PA, QL	
02/01/2024	Victoza (liraglutide) 18 mg/3mL pen-injector	Se ha eliminado de la lista de medicamentos cubiertos	NF	Mounjaro 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg, 10 mg, 12.5 mg, 15 mg injection (F, PA, QL)
02/09/2024	brimonidine (generic for Alphagan® P) 0.1 % ophthalmic solution	Se ha eliminado ST	F	
02/09/2024	clarithromycin (generic for Biaxin®) 250 mg, 500 mg tablet; 125 mg/5mL, 250 mg/5mL suspension	Se ha eliminado QL	F	

Fecha en que entra en vigor el cambio	Nombre del medicamento	Descripción del cambio	Cobertura de la lista de medicamentos del plan	Opción/Opciones de la lista de medicamentos del plan
02/21/2024	Penbraya® (mening acyw(tet conj)-b(rcmb)) Intramuscular suspension	Se ha agregado a la lista de medicamentos cubiertos	\$0	
02/21/2024	Bosulif® (bosutinib) 100 mg capsule	Se ha agregado a la lista de medicamentos cubiertos	F, PA, QL, SP	
03/01/2024	abiraterone (generic for Zytiga®) 250 mg tablet	Se han eliminado los criterios	F, QL	
03/01/2024	Cabenuva® (cabotegravir and rilpivirine extended-release) 400 & 600 mg/2mL, 600 & 900 mg/3mL suspension	Se ha agregado a la lista de medicamentos cubiertos	MB, PA	
03/01/2024	Cosentyx® (secukinumab) 125 mg/5 mL injection	Se ha agregado a la lista de medicamentos cubiertos	MB, PA	
03/01/2024	Dexcom® G7 (continuous glucose monitor)	Se ha agregado a la lista de medicamentos cubiertos	F, PA, QL	
03/01/2024	Enbrel® (etanercept) 25mg/0.5mL solution and prefilled syringe; 50mg/mL auto-injector (Sureclick), cartridge	Se han actualizado criterios	F, PA, QL, SP	

Fecha en que entra en vigor el cambio	Nombre del medicamento	Descripción del cambio	Cobertura de la lista de medicamentos del plan	Opción/Opciones de la lista de medicamentos del plan
	(mini) and prefilled syringe			
03/01/2024	Orencia® (abatacept) 50mg/0.4mL, 87.5mg/0.7mL, 125mg/mL prefilled syringe	Se han actualizado criterios	F, PA, QL, SP	
03/01/2024	Steglatro® (ertugliflozin) 5 mg, 15 mg tablet	Se han eliminado los criterios	F, ST, QL	
03/01/2024	Valtoco® (diazepam) 5 mg, 7.5 mg, 10 mg nasal spray	Se ha agregado a la lista de medicamentos cubiertos	F, PA, QL	
03/01/2024	Veltassa® (patiomer) 8.4 g, 16.8 g, 25.2g Single-use packets	Se ha actualizado AL	F, PA, QL	
04/01/2024	Opill® (norgestrel) 0.075 mg tablet	Se ha agregado a la lista de medicamentos cubiertos	F	
06/01/2024	Dupixent® (dupilumab) 100mg/0.67mL, 200mg/1.14mL, 300mg/2mL syringes	Se han actualizado criterios	F, QL, SP, NDS	
06/01/2024	Xolair® (omalizumab) 75mg/0.5ml, 150mg/mL, 300mg/mL prefilled syringes/auto-injectors; 150mg lyophilized	Se han actualizado criterios	MB, PA, NDS	

Fecha en que entra en vigor el cambio	Nombre del medicamento	Descripción del cambio	Cobertura de la lista de medicamentos del plan	Opción/Opciones de la lista de medicamentos del plan
	powder in a single-dose vial for reconstitution			
06/01/2024	teriparatide (generic for Forteo®) 600mcg/2.4ml Prefilled Pen	Se ha agregado a la lista de medicamentos cubiertos	F, PA, SP, NDS	
06/01/2024	Forteo® (teriparatide) 600mcg/2.4ml Prefilled Pen	Se ha eliminado de la lista de medicamentos cubiertos		teriparatide 600mcg/2.4ml Prefilled Pen (F, PA, SP, NDS)
06/01/2024	risperidone microspheres er (generic for Risperdal Consta®) 12.5mg, 25mg, 37.5mg, 50mg Intramuscular Injection	Se ha agregado a la lista de medicamentos cubiertos	F, QL, AL, SP, NDS	
06/01/2024	Risperdal Consta® (risperidone microspheres er) 12.5mg, 25mg, 37.5mg, 50mg Intramuscular Injection	Se ha eliminado de la lista de medicamentos cubiertos		risperidone microspheres er 12.5mg, 25mg, 37.5mg, 50mg Intramuscular Injection (F, QL, AL, SP, NDS)
06/01/2024	Durolane® (sodium hyaluronate) 60mg/3ml intra-articular injection	Se ha agregado a la lista de medicamentos cubiertos	MB, PA	
06/01/2024	Brixadi® (buprenorphine)	Se ha agregado a la lista de medicamentos cubiertos	F, QL	



Fecha en que entra en vigor el cambio	Nombre del medicamento	Descripción del cambio	Cobertura de la lista de medicamentos del plan	Opción/Opciones de la lista de medicamentos del plan
	8mg, 16mg, 24mg, 32mg, 64mg, 96mg, 128mg prefilled syringe			
06/01/2024	buprenorphine (generic for Subutex®) 8mg sublingual tablet	Se ha actualizado QL	F, AL, QL	
06/01/2024	buprenorphine-naloxone (generic for <b>Suboxone</b> ®) 8-2mg sublingual tablet;	Se ha actualizado QL	F, AL, QL	
07/01/2024	Gel-one® (cross-linked hyaluronate) 30mg/3ml intra-articular prefilled syringe	Se ha eliminado de la lista de medicamentos cubiertos	MB, PA	
09/01/2024	<b>Eliquis</b> ® (apixaban) 2.5mg, 5mg tablet	Se ha agregado a la lista de medicamentos cubiertos	F, QL	
09/01/2024	<b>Fanapt</b> ® (iloperidone) 1mg, 2mg, 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg tablet; 1 & 2 & 4 & 6mg titration pack <i>PA criteria updated on Turquoise Care formulary.</i>	Se han actualizado criterios	F, PA, AL	
09/01/2024	<b>Entresto</b> ® <b>Sprinkle</b> (saubitril/valsartan) 6/6mg, 15/16mg capsule	Se ha agregado a la lista de medicamentos cubiertos	F, PA, QL	
09/01/2024	<b>Dexcom</b> ® (Continuous Glucose Monitors)	Se han actualizado criterios	F, PA, QL	

Fecha en que entra en vigor el cambio	Nombre del medicamento	Descripción del cambio	Cobertura de la lista de medicamentos del plan	Opción/Opciones de la lista de medicamentos del plan
09/01/2024	<b>Guardian®</b> (Continuous Glucose Monitors)	Se han actualizado criterios	F, PA, QL	
09/01/2024	febuxostat (generic for <b>Uloric®</b> ) 40mg, 80mg tablet	Se han actualizado criterios	F, QL	
09/01/2024	<b>Skyrizi®</b> (risankizumab-rzaa) (150 mg dose) 75 mg/0.8mL prefilled syringe kit; 150 mg/mL prefilled syringe and auto-injector; 180 mg/1.2mL, 360 mg/2.4mL cartridge; 600 mg/10mL IV solution	Se han actualizado criterios	F, PA, QL, SP	
09/01/2024	<b>Rinvoq®</b> (upadacitinib) 1mg/mL oral solution	Se ha agregado a la lista de medicamentos cubiertos	F, PA, QL, SP	
09/01/2024	<b>Rinvoq®</b> (upadacitinib) 15mg, 30mg, 45mg extended release tablet	Se han actualizado criterios	F, PA, QL, SP	
09/01/2024	fingolimod (generic for <b>Gilenya®</b> ) 0.5mg capsule	Se ha agregado a la lista de medicamentos cubiertos	F	
09/01/2024	<b>Ocrevus®</b> (ocrelizumab) 300mg/10mL IV solution	Se han actualizado criterios	MB, PA, SP	
09/01/2024	<b>Tysabri®</b> (natalizumab)	Se han actualizado criterios	MB, PA	

Fecha en que entra en vigor el cambio	Nombre del medicamento	Descripción del cambio	Cobertura de la lista de medicamentos del plan	Opción/Opciones de la lista de medicamentos del plan
	300mg/15mL IV concentrate			
09/01/2024	<b>Ruxience®</b> (rituximab-pvvr) 100mg/10mL, 500mg/50mL IV solution	Se han actualizado criterios	MB, PA	
09/01/2024	<b>Refib® Rebidose</b> (interferon beta-1a) 22mcg/0.5ml, 44mcg/0.5ml auto injector and prefilled syringe; 6x8.8 & 6x22mcg prefilled syringe titration pack	Se ha eliminado de la lista de medicamentos cubiertos	NF	teriflunomide (F, QL); fingolimod (F); dimethyl fumarate (F, QL)
09/01/2024	<b>Extavia®</b> (interferon beta-1B) 0.3mg kit	Se ha eliminado de la lista de medicamentos cubiertos	NF	teriflunomide (F, QL); fingolimod (F); dimethyl fumarate (F, QL)

PA = Se exige la autorización previa, QL = Límites que rigen la cantidad, SP = Se necesita una farmacia especializada, ST = Terapia escalonada.

[Infórmese más a fondo sobre el aviso de no discriminación de Presbyterian y los servicios de intérpretes que ofrece.](#)