PRESBYTERIAN
Turquoise Care

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 2025.

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**

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
01/01/2025	**Abilify Maintena®** (aripiprazole) 300 mg, 400 mg prefilled syringe; 300 mg, 400 mg extended-release reconstituted suspension	Se han actualizado criterios	F, PA, QL, AL, SP, NDS	
01/01/2025	asenapine (generic for **Saphris®**) 2.5 mg, 5 mg, 10 mg sublingual tablet	Se han eliminado criterios	F, QL	

Los fondos que financian dichos servicios provienen, en parte, del estado de Nuevo México.
Presbyterian existe con el fin de mejorar la salud de los pacientes, de los
asegurados y de las comunidades que servimos.

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
01/01/2025	**Caplyta®** (lumateperone tosylate) 10.5 mg, 21 mg, 42 mg capsule	Se han actualizado criterios	F, PA, QL, AL	
01/01/2025	**Fanapt®** (iloperidone) 1 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg, 10 mg, 12 mg	Se han actualizado criterios	F, PA, QL, AL	
01/01/2025	**Farxiga®** (dapagliflozen) 5 mg, 10 mg tablet	Se han actualizado criterios	F, PA	
01/01/2025	**Kevzara®** (sarilumab) 200mg /1.14 mL prefilled syringe	Se han actualizado criterios	F, PA	
01/01/2025	**Krazati®** (adagrasib) 600 mg tablet	Se ha agregado a la lista de medicamentos cubiertos	F, PA, QL	
01/01/2025	**Lybalvi®** (olanzapine-samidorphan) 5-10 mg, 10-10 mg, 15-10 mg, 20-10 mg tablet	Se han actualizado criterios	F, PA, QL	
01/01/2025	**Menest®** (esterified estrogens estradiol) 0.3 mg, 0.625 mg, 1.25 mg tablets	Se ha eliminado de la lista de medicamentos cubiertos		
01/01/2025	**paliperidone** (generic for Invega®) 1.5 mg, 3 mg, 6 mg, 9 mg extended-release tablets	Se han eliminado criterios & actualizado limites de edad	F, QL, AL	
01/01/2025	quetiapine (generic for **Seroquel®**)	Se ha agregado a la lista de medicamentos cubiertos	F, QL, AL	

Los fondos que financian dichos servicios provienen, en parte, del estado de Nuevo México.
Presbyterian existe con el fin de mejorar la salud de los pacientes, de los
asegurados y de las comunidades que servimos.

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
	150 mg immediate-release tablet			
01/01/2025	**Rexulti®** (brexipiprazole) 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg tablet	Se han actualizado criterios	F, PA, QL, AL	
01/01/2025	risperidone (generic for **Risperdal®**) 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg orally dispersible tablet	Se han eliminado criterios	F, QL, AL	
01/01/2025	**Secuado®** (asenapine) 3.8 mg/24-hour, 5.7 mg/24-hour and 7.6 mg/24-hour transdermal patch	Se han actualizado criterios	F, PA, QL, AL	
01/01/2025	**Vraylar®** (cariprazine) 1.5 & 3 mg therapy pack; 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg capsule	Se han actualizado criterios	F, PA, QL, AL	
01/01/2025	**Wakix®** (pitolisant) 4.45 mg, 17.8 mg tablet	Se han actualizado limites de edad	F, PA	
03/01/2025	**Cobenfy ®** (xanomeline and trospium hydrochloride) 50 mg/20 mg,100 mg/20 mg, 125 mg/30 mg oral capsules	Se ha agregado a la lista de medicamentos cubiertos	F, QL, PA, AL	
03/01/2025	**Itovebi ®** (inavolisib) 3mg, 9mg Oral Capsules	Se ha agregado a la lista de medicamentos cubiertos	F, QL, PA, NDS	
03/01/2025	**Dupixent ®** (dupilumab)	Se han actualizado criterios	F, PA, SP	

Los fondos que financian dichos servicios provienen, en parte, del estado de Nuevo México.
Presbyterian existe con el fin de mejorar la salud de los pacientes, de los
asegurados y de las comunidades que servimos.

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
	200 mg/1.14mL, 300 mg/2mL autoinjector; 100 mg/0.67mL, 200 mg/1.14ml, and 300 mg/2mL prefilled syringe			
03/01/2025	**Cimzia®** (certolizumab) 200 mg vial kit and Prefilled syringe: 200 mg/mL (2 syringes) and Cimzia starter 6 X 200 mg/mL	Se han actualizado criterios	F, PA, SP	
03/01/2025	**Tecentriq Hybreza®** (atezolizumab/hyaluronidate-tqjs) 1,875 mg atezolizumab and 30,000 units hyaluronidase per 15mL Single dose vial	Se ha agregado a la lista de medicamentos cubiertos	MB, PA	
03/01/2025	dasatinib (generic for **Sprycel®**) 20 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg, 100 mg, 140 mg Oral Tablet	Se ha agregado a la lista de medicamentos cubiertos	F, PA	
03/01/2025	octreotide LAR (generic for **Sandostatin LAR®**) 20 mg, 30 mg intramuscular kit	Se ha agregado a la lista de medicamentos cubiertos	MB	
03/01/2025	**Retevmo®** (selpercatinib) 40 mg, 80 mg, 120 mg, 160 mg Oral Tablet	Se ha agregado a la lista de medicamentos cubiertos	F, QL, PA, AL	

Los fondos que financian dichos servicios provienen, en parte, del estado de Nuevo México.
Presbyterian existe con el fin de mejorar la salud de los pacientes, de los
asegurados y de las comunidades que servimos.

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
03/01/2025	**Veozah®** (fezolinetant) 45 mg Oral Tablet	Se ha agregado a la lista de medicamentos cubiertos	F, QL, PA, AL	
03/01/2025	**Thyrogen®** (thyrotropin alfa) 0.9 mg IM injection	Se han eliminado criterios	MB, QL	
03/01/2025	**Pavblu®** (alibercept-ayyh) 2 MG/0.05ML Intravitreal Solution Prefilled Syringe	Se ha agregado a la lista de medicamentos cubiertos	MB, SP	

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.

Los fondos que financian dichos servicios provienen, en parte, del estado de Nuevo México.
Presbyterian existe con el fin de mejorar la salud de los pacientes, de los
asegurados y de las comunidades que servimos.