

**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 2026.**

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
01/01/2026	<b>Brukinsa®</b> (zanubrutinib) 160 mg Tablet	Se ha agregado a la lista de medicamentos cubiertos	F, PA, QL, SP	
01/01/2026	<b>Keytruda Qlex®</b> (pembrolizumab/berahyaluronidase alfa-pmph) 395-4800 mg/2.4mL, 790-9600 mg/4.8 mL subcutaneous solution	Se ha agregado a la lista de medicamentos cubiertos	MB, PA	

MPC032455

Fecha de la última actualización: 03/01/2026

Página 1 de 3

Medicaid #2704

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
01/01/2026	budesonide-formoterol (generic for <b>Symbicort®</b> ) 80-4.5 mcg/act, 160-4.5 mcg/act inhalation	Se ha agregado a la lista de medicamentos cubiertos	F, QL	
01/01/2026	nilotinib (generic for <b>Tasigna®</b> ) 50 mg, 100 mg, 200 mg capsules	Se ha agregado a la lista de medicamentos cubiertos	F, PA, QL, SP	
02/01/2026	<b>Minimed Instinct®</b> Glucose Sensor	Se ha agregado a la lista de medicamentos cubiertos	F, PA, QL	
02/01/2026	<b>Vraylar®</b> (cariprazine HCl) 0.5 mg, 0.75 mg capsule	Se ha agregado a la lista de medicamentos cubiertos	F, QL, AL	
02/01/2026	<b>Auvelity®</b> (dextromethorphan-bupropion) 45-105 mg tablet extended release	Se ha agregado a la lista de medicamentos cubiertos	F, QL, AL	
02/01/2026	<b>Tresiba®</b> (insulin degludec) 100 unit/ml, 200 unit/ml subcutaneous solution pen-injector 100 unit/ml subcutaneous solution	Se ha agregado a la lista de medicamentos cubiertos	F, QL, ST	
02/01/2026	infliximab (generic for <b>Remicade®</b> ) 100 mg intravenous solution reconstituted	Se ha eliminado de la lista de medicamentos cubiertos	NF	<b>Avsola®</b> (infliximab-axxq), MB, PA
03/01/2026	budesonide-formoterol (generic for <b>Symbicort®</b> ) 80-4.5 mcg/act, 160-4.5 mcg/act inhalation	Límite de cantidad actualizado	F, QL	

MPC032455

Fecha de la última actualización: 03/01/2026

Página 2 de 3

Medicaid #2704

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
03/01/2026	<b>Eucrisa®</b> (crisaborole) 2% ointment	Se ha agregado a la lista de medicamentos cubiertos	F, PA, 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.](#)