

AVISO DE CAMBIOS A LA LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS [LISTA DE MEDICAMENTOS CUBIERTOS]

El resumen que se presenta a continuación describe los cambios a la lista de medicamentos cubiertos [Lista de medicamentos cubiertos] de Presbyterian Centennial Care, los cuales entran en vigor el 2023.

Si desea conseguir la lista de medicamentos más reciente, información sobre cómo se consigue una exención o determinación de la cobertura o si tiene otras preguntas, favor de comunicarse con el Centro de Servicios al Cliente de Presbyterian. Se puede comunicar con el personal de dicho centro de lunes a viernes, de las 8:00 de la mañana a las 5:00 de la tarde.

Teléfono: (505) 923-5678 o 1-855-356-2219

Línea telefónica TTY: 711

En línea: www.phs.org

Fecha de vigencia del cambio	Nombre del medicamento	Descripción del cambio	Cobertura de la lista de medicamentos cubiertos	Otro(s) medicamento(s) alternativo(s) y nivel (si corresponde para la eliminación de la lista de medicamentos cubiertos)
01/01/2023	Actemra® (tocilizumab) 80 mg/4 mL, 200 mg/10 mL, and 400 mg/20 mL Single-dose vials and 162 mg/0.9 mL Single-dose prefilled syringe	Se han actualizado los criterios	F, PA, QL, SP	
01/01/2023	Austedo® (deutetetrabenazine) 6mg, 9mg, and 12mg tablets	Se han actualizado los criterios	F, QL, PA, SP	
01/01/2023	Calquence® (acalabrutinib) 100mg tablets	Se ha agregado a la lista de medicamentos cubiertos	F, QL, PA, SP	
01/01/2023	Caplyta® (lumateperone) 10.5mg and 21mg capsules	Se ha agregado a la lista de medicamentos cubiertos	F, QL, PA, AL	

Fecha de vigencia del cambio	Nombre del medicamento	Descripción del cambio	Cobertura de la lista de medicamentos cubiertos	Otro(s) medicamento(s) alternativo(s) y nivel (si corresponde para la eliminación de la lista de medicamentos cubiertos)
01/01/2023	carbustine (BiCNU®) 50mg and 300mg of lyophilized powder for reconstitution in a single-dose vial	Se ha agregado a la lista de medicamentos cubiertos	MB	
01/01/2023	Cimzia® (certolizumab pegol) 200 mg Single-dose vial and 200 mg/mL Single-dose prefilled syringe	Se han actualizado los criterios	F, PA, QL, SP	
01/01/2023	Cosentyx® (secukinumab) 75mg/0.5mL prefilled syringe, 150mg/mL Sensoready pen and prefilled syringe, and 150mg single-dose vial	Se han actualizado los criterios	F, QL, PA, SP	
01/01/2023	Cosentyx® (secukinumab) 75 mg/0.5 mL Single-dose prefilled syringe, 150 mg/mL Single-dose Sensoready pen, and 150 mg Single-dose vial	Se han actualizado los criterios	F, PA, QL, SP	
01/01/2023	Depo-Subq Provera® (medroxyprogesterone acetate) 104mg/0.65mL prefilled syringe	Se ha agregado a la lista de medicamentos cubiertos	F	
01/01/2023	DexCom® (Continuous glucose monitor)	Se han actualizado los criterios	F, QL, PA	
01/01/2023	Dupixent® (dupilumab) 200 mg/1.14 mL and 300 mg/2 mL Single dose prefilled pens and 100	Se han actualizado los criterios	F, PA, QL, SP	

Fecha de vigencia del cambio	Nombre del medicamento	Descripción del cambio	Cobertura de la lista de medicamentos cubiertos	Otro(s) medicamento(s) alternativo(s) y nivel (si corresponde para la eliminación de la lista de medicamentos cubiertos)
	mg/0.67 mL, 200 mg/1.14 mL and 300 mg/2 mL Single-dose prefilled syringes			
01/01/2023	Enbrel® (etanercept) 25 mg/0.5 mL and 50 mg/mL Single-dose prefilled syringe, 50 mg/mL Single-dose prefilled SureClick Autoinjector, and 25 mg/0.5 mL vial for reconstitution	Se ha agregado a la lista de medicamentos cubiertos	F, PA, QL, SP	
01/01/2023	Feraheme® (ferumoxytol) 510mg/710mL	Se han actualizado los criterios	MB, PA	
01/01/2023	Ferrlecit® (ferric gluconate) 62.5 mg/5 mL	Se han actualizado los criterios	MB, PA	
01/01/2023	Freestyle Libre® (Continuous glucose monitor)	Se han actualizado los criterios	F, QL, PA	
01/01/2023	Guardian® (Continuous glucose monitor)	Se han actualizado los criterios	F, QL, PA	
01/01/2023	Humira® (adalimumab) 10mg, 20mg, 4mg and 80mg prefilled syringes and pens	Se han actualizado los criterios	F, QL, PA, SP	
01/01/2023	Humira® (adalimumab) 40 mg/0.4 mL, 40 mg/0.8 mL, and 80 mg/0.8 mL Single-dose prefilled pen and 10 mg/0.1 mL, 10 mg/0.2 mL, 20 mg/0.4 mL, 40 mg/0.4 mL, 40 mg/0.8	Se han actualizado los criterios	F, PA, QL, SP	

Fecha de vigencia del cambio	Nombre del medicamento	Descripción del cambio	Cobertura de la lista de medicamentos cubiertos	Otro(s) medicamento(s) alternativo(s) y nivel (si corresponde para la eliminación de la lista de medicamentos cubiertos)
	mL, and 80 mg/0.8 mL Single-dose prefilled glass syringe			
01/01/2023	INFeD® (iron dextran) 100 mg/2 mL	Se han actualizado los criterios	MB, PA	
01/01/2023	Injectafer® (ferric carboxymaltose) 100mg/2mL in a single-dose vial	Se ha agregado a la lista de medicamentos cubiertos	MB, PA	
01/01/2023	Injectafer® (ferric carboxymaltose) 750 mg/15 mL	Se han actualizado los criterios	MB, PA	
01/01/2023	Insulin degludec 100 units/mL in a 10 mL multiple-dose vial and 100 units/mL and 200 units/mL FlexTouch prefilled pens	Se ha agregado a la lista de medicamentos cubiertos	F, ST, QL	
01/01/2023	Kineret® (anakinra) 100 mg/0.67 mL Single-use prefilled syringe	Eliminado de lista de medicamentos cubiertos		Enbrel 25 mg/0.5 mL and 50 mg/mL Single-dose prefilled syringe, 50 mg/mL Single-dose prefilled SureClick Autoinjector, and 25 mg/0.5 mL vial for reconstitution (F, PA,QL, SP) ; Humira 40 mg/0.4 mL, 40 mg/0.8 mL, and 80 mg/0.8 mL Single-dose prefilled pen and 10 mg/0.1 mL, 10 mg/0.2 mL, 20 mg/0.4 mL, 40 mg/0.4 mL, 40 mg/0.8 mL, and 80 mg/0.8 mL Single-dose prefilled glass syringe (F, PA,QL, SP) ;

Fecha de vigencia del cambio	Nombre del medicamento	Descripción del cambio	Cobertura de la lista de medicamentos cubiertos	Otro(s) medicamento(s) alternativo(s) y nivel (si corresponde para la eliminación de la lista de medicamentos cubiertos)
				Orencia 50 mg/0.4 mL, 87.5 mg/0.7 mL, and 125 mg/mL Single-dose prefilled syringe, 125 mg/mL Single-dose prefilled ClickJect autoinjector, and 250 mg Single-dose vial (F, PA,QL, SP)
01/01/2023	Mavenclad® (cladribine) 10mg tablets	Se han actualizado los criterios	F, QL, PA, SP	
01/01/2023	Oncaspar® (pegaspargase) 3,750iu/5mL in a single-dose vial	Se ha agregado a la lista de medicamentos cubiertos	MB, PA	
01/01/2023	Orencia® (abatacept) 50 mg/0.4 mL, 87.5 mg/0.7 mL, and 125 mg/mL Single-dose prefilled syringe, 125 mg/mL Single-dose prefilled ClickJect autoinjector, and 250 mg Single-dose vial	Se han actualizado los criterios	F, PA,QL, SP	
01/01/2023	Otezla® (apremilast) 10mg, 20mg and 30mg tablets	Se han actualizado los criterios	F, QL, PA, SP	
01/01/2023	Otezla® (apremilast) 10 mg, 20 mg, and 30 mg Oral tablets	Se han actualizado los criterios	F, PA,QL, SP	
01/01/2023	Rinvoq® (upadacitinib) 15mg, 30mg and 45mg extended-release oral tablets	Se han actualizado los criterios	F, QL, PA, SP	

Fecha de vigencia del cambio	Nombre del medicamento	Descripción del cambio	Cobertura de la lista de medicamentos cubiertos	Otro(s) medicamento(s) alternativo(s) y nivel (si corresponde para la eliminación de la lista de medicamentos cubiertos)
01/01/2023	Rinvoq® (upadacitinib) 15 mg, 30 mg, and 45 mg Extended-release oral tablets	Se han actualizado los criterios	F, PA,QL, SP	
01/01/2023	Siliq® (brodalumab) 210 mg/1.5 mL Single-dose prefilled syringe	Eliminado de lista de medicamentos cubiertos		Enbrel 25 mg/0.5 mL and 50 mg/mL Single-dose prefilled syringe, 50 mg/mL Single-dose prefilled SureClick Autoinjector, and 25 mg/0.5 mL vial for reconstitution (F, PA,QL, SP) ; Humira 40 mg/0.4 mL, 40 mg/0.8 mL, and 80 mg/0.8 mL Single-dose prefilled pen and 10 mg/0.1 mL, 10 mg/0.2 mL, 20 mg/0.4 mL, 40 mg/0.4 mL, 40 mg/0.8 mL, and 80 mg/0.8 mL Single-dose prefilled glass syringe (F, PA,QL, SP); Taltz 80 mg/mL Single-dose prefilled syringe and Single-dose prefilled autoinjector (F, PA,QL, SP)
01/01/2023	Siliq® (brodalumab) 210mg/1.5mL prefilled syringe	Se han actualizado los criterios	F, QL, PA, SP	
01/01/2023	Skyrizi® (risankizumab-rzaa) 75mg/0.83mL prefilled syringe and 150mg/mL prefilled syringe	Se han actualizado los criterios	F, QL, PA, SP	

Fecha de vigencia del cambio	Nombre del medicamento	Descripción del cambio	Cobertura de la lista de medicamentos cubiertos	Otro(s) medicamento(s) alternativo(s) y nivel (si corresponde para la eliminación de la lista de medicamentos cubiertos)
01/01/2023	Skyrizi® (risankizumab-rzaa) 75 mg, 150 mg, 180 mg, and 360 mg Single-dose prefilled pens and syringes and 600 mg Single-dose vial	Se han actualizado los criterios	F, PA, QL, SP	
01/01/2023	Stelara® (ustekinumab) 45 mg/0.5mL or 90 mg/mL solution in a single-dose prefilled syringe, 130 mg/26 mL solution in a single-dose vial	Se han actualizado los criterios	F, QL, PA, SP	
01/01/2023	Stelara® (ustekinumab) 45 mg/0.5 mL and 90 mg/mL Single-dose prefilled syringe and 130 mg/26 mL Single-dose vial	Se han actualizado los criterios	F, PA, QL, SP	
01/01/2023	Taltz® (ixekizumab) 80 mg/mL Single-dose prefilled syringe and Single-dose prefilled autoinjector	Se ha agregado a la lista de medicamentos cubiertos	F, PA, QL, SP	
01/01/2023	Tresiba® 100 units/mL in a 10 mL multiple-dose vial and 100 units/mL and 200 units/mL FlexTouch prefilled pens	Eliminado de lista de medicamentos cubiertos		Insulin degludec 100 units/mL in a 10 mL multiple-dose vial and 100 units/mL and 200 units/mL FlexTouch prefilled pens (F, ST, QL)
01/01/2023	Venofer® (iron sucrose) 100 mg/5mL	Se han actualizado los criterios	MB, PA	

Fecha de vigencia del cambio	Nombre del medicamento	Descripción del cambio	Cobertura de la lista de medicamentos cubiertos	Otro(s) medicamento(s) alternativo(s) y nivel (si corresponde para la eliminación de la lista de medicamentos cubiertos)
01/01/2023	Viibryd® (vilazodone) 10mg, 20mg and 40mg tablets	Se ha agregado a la lista de medicamentos cubiertos	F, QL, PA	vilazodone 10mg, 20mg and 40mg tablets (F, QL, PA)
01/01/2023	vilazodone (generic for Viibryd®) 10mg, 20mg and 40mg tablets	Se ha agregado a la lista de medicamentos cubiertos	F, QL, PA	
01/01/2023	Vyvanse® (lisdexamfetamine dimesylate) 10mg, 20mg, 30mg, 40mg, 50mg, 60mg and 70mg	Se han actualizado los criterios	F, QL, PA, AL	
01/01/2023	Xeljanz® (tofacitinib) 5 mg, 10 mg Oral tablets; 11 mg, 22 mg Extended-release oral tablets; and 1 mg/mL Oral solution	Se han actualizado los criterios	F, PA, QL, SP	
02/01/2023	Freestyle Libre 3 (continuous glucose monitor) Sensor	Se ha agregado a la lista de medicamentos cubiertos	F, PA, QL	
03/01/2023	acamprosate (generic for Campral®) 333 mg delayed release oral tablets	Se han eliminado los criterios de la autorización previa	F, QL	
03/01/2023	Daliresp® (roflumilast) 500 mcg oral tablets	Eliminado de lista de medicamentos cubiertos		roflumilast 500 mcg oral tablets (F, QL, PA)
03/01/2023	Dexcom® G6 (Continuous Glucose Monitor)	Se han actualizado los criterios	F, QL, PA	
03/01/2023	Dupixent® (dupilumab) injection: 100 mg/0.0.67 mL, 200 mg/1.14 mL, and 300 mg/2 mL prefilled syringes/pens	Se han actualizado los criterios	F, PA, QL, SP	

Fecha de vigencia del cambio	Nombre del medicamento	Descripción del cambio	Cobertura de la lista de medicamentos cubiertos	Otro(s) medicamento(s) alternativo(s) y nivel (si corresponde para la eliminación de la lista de medicamentos cubiertos)
03/01/2023	Firdapse® (amifampridine) 10 mg oral tablets	Se han actualizado los criterios	F, PA, QL, SP	
03/01/2023	Forteo® (teriparatide) Injection: 600 mcg/2.4 mL in a prefilled pen containing 28 daily doses of 20 mcg.	Se han actualizado los criterios	F, PA, QL	
03/01/2023	Freestyle® (Continuous Glucose Monitor) 14 Day, Libre 2, Libre 3	Se han actualizado los criterios	F, QL, PA	
03/01/2023	Guardian® (Continuous Glucose Monitor) Connect	Se han actualizado los criterios	F, QL, PA	
03/01/2023	roflumilast (generic for Daliresp®) 500 mcg oral tablets	Se ha agregado a la lista de medicamentos cubiertos	F, QL, PA	
03/01/2023	Sunlenca® (lenacapavir) 300 mg oral tablets and 463.5 mg/1.5 mL injection in single-dose vials	Se ha agregado a la lista de medicamentos cubiertos	F, PA	
03/01/2023	Tymlos® (abaloparatide) Injection: 3120 mcg/1.56 mL in a prefilled pen	Se han actualizado los criterios	F, PA, SP	
03/01/2023	Vraylar® (cariprazine) Oral capsules: 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, and 6 mg	Se han actualizado los criterios	F, PA, QL	

Fecha de vigencia del cambio	Nombre del medicamento	Descripción del cambio	Cobertura de la lista de medicamentos cubiertos	Otro(s) medicamento(s) alternativo(s) y nivel (si corresponde para la eliminación de la lista de medicamentos cubiertos)
06/01/2023	Aubagio® (teriflunomide) 7 mg and 14 mg oral tablets	Eliminado de lista de medicamentos cubiertos		teriflunomide 7 mg and 14 mg oral tablets (T5, QL, SP, NDS)
06/01/2023	Erleada™ (apalutamide) 240 mg oral tablets	Se ha agregado a la lista de medicamentos cubiertos	F, PA, QL	
04/19/2023	hydroxyprogesterone caproate (generic for Makena®) 250 mg/mL intramuscular oil	Eliminado de lista de medicamentos cubiertos		
06/01/2023	Jaypirca™ (pirtobrutinib) 50 mg and 100 mg oral tablets	Se ha agregado a la lista de medicamentos cubiertos	F, PA, QL, SP, NDS	
06/01/2023	Kevzara® (sarilumab) 150 mg/1.14 mL or 200 mg/1.14 mL solution in a single-dose prefilled syringe or prefilled pen	Se han actualizado los criterios	F, PA, QL, SP, NDS	
06/01/2023	Latuda® (lurasidone) 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg, 120 mg oral tablets	Eliminado de lista de medicamentos cubiertos		lurasidone 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg, 120 mg oral tablets (T5, PA, QL, AL)
06/01/2023	lurasidone (generic for Latuda®) 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg, 120 mg oral tablets	Se ha agregado a la lista de medicamentos cubiertos	F, PA, QL, AL	
06/01/2023	Orserdu™ (elacestrant) 86 mg and 345 mg oral tablets	Se ha agregado a la lista de medicamentos cubiertos	F, PA, QL, SP, NDS	
06/01/2023	pimecrolimus (generic for Elidel®)	ST Eliminado + QL Agregado	F, QL, AL	
06/01/2023	tacrolimus (generic for Protopic®)	ST Eliminado + QL Addition	F, QL, AL	

Fecha de vigencia del cambio	Nombre del medicamento	Descripción del cambio	Cobertura de la lista de medicamentos cubiertos	Otro(s) medicamento(s) alternativo(s) y nivel (si corresponde para la eliminación de la lista de medicamentos cubiertos)
06/01/2023	Takhzyro® (lanadelumab-flyo) 300 mg/2 mL solution in a single-dose prefilled syringe, 300 mg/2 mL solution in a single-dose vial	Se han actualizado los criterios	F, PA, QL, SP, NDS	
06/01/2023	Takhzyro® (lanadelumab-flyo) 150 mg/1 mL solution in a single-dose prefilled syringe	Se ha agregado a la lista de medicamentos cubiertos	F, PA, QL, SP, NDS	
06/01/2023	teriflunomide (generic for Aubagio®) 7 mg and 14 mg oral tablets	Se ha agregado a la lista de medicamentos cubiertos	F, QL, SP, NDS	
06/01/2023	tranexamic acid (generic for Lysteda®) 650 mg oral tablets	QL se ha actualizado	F, QL	
06/01/2023	Xtandi® (enzalutamide) 40 mg, 80 mg oral tablets and 40 mg oral capsules	Se han actualizado los criterios	F, PA, QL, SP, NDS	

MB = Beneficio médico, **PA** = Se exige la autorización previa, **QL** = Cantidad límite, **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](#)