



230 N. Main St. Dayton, OH 45402 | 833-230-2005 | CareSourcePASSE.com

**Asunto: Resumen de cambios al Formulario/a la Autorización previa en vigor desde el 1 de OCTUBRE de 2023**

Su atención médica es nuestra prioridad. Por esto, le escribimos para informarle que el 1 DE OCTUBRE DE 2023 habrá cambios en la Lista de medicamentos preferidos (Preferred Drug List, PDL) de Medicaid de Arkansas o en la administración de productos que no están en la PDL de Medicaid de Arkansas de parte de CareSource PASSE. Una PDL es una lista de medicamentos preferidos.

**RESUMEN DE CAMBIOS A LA PDL DE MEDICAID EN VIGOR A PARTIR DEL 1 DE OCTUBRE DE 2023:**

**LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS SE INCLUIRÁN COMO NO PREFERIDOS EN LA PDL A PARTIR DEL 1 DE OCTUBRE DE 2023.**

Nombre del producto	Dosis	Notas (si corresponde)
Abacavir, comprimidos, solución (genérico de Ziagen®)	Todas	
Abacavir/Lamivudina, comprimidos (genérico de Epzicom®)	Todas	
Abilify Asimtufil®, jeringa de liberación prolongada	Todas	Preferido con criterios de autorización previa
Adbry®, jeringa	Todas	Preferido con criterios de autorización previa
Atazanavir, cápsulas (genérico de Reyataz®)	Todas	
Biktarvy®, comprimidos	Todas	
Cimduo®, comprimidos	Todas	
Complera®, comprimidos	Todas	
Daytrana®, parche	Todas	Preferido con criterios de autorización previa <ul style="list-style-type: none"> <li>• A partir del 10/17/2023</li> </ul> *El estado como "preferido" comienza a partir del 10/1/2023. Los nuevos criterios comenzarán a partir de la fecha citada
Delstrigo®, comprimidos	Todas	
Descovy®, comprimidos	Todas	

Nombre del producto	Dosis	Notas (si corresponde)
Succinato de desvenlafaxina, comprimidos de liberación prolongada (genérico de Pristiq® ER)	Todas	Preferido con criterios de autorización previa <ul style="list-style-type: none"> <li>A partir del 12/1/2023</li> </ul> *El estado como "preferido" comienza a partir del 10/1/2023. Los nuevos criterios comenzarán a partir de la fecha citada
Dexmetilfenidato, cápsulas de liberación prolongada (genérico de Focalin® XR)	Todas	Preferido con criterios de autorización previa (el medicamento de marca Focalin® XR también es preferido) <p>Entrará en vigor el 10/17/2023</p> *El estado como "preferido" comienza a partir del 10/1/2023. Los nuevos criterios comenzarán a partir de la fecha citada
Dexmetilfenidato, comprimidos de liberación inmediata (genérico de Focalin®)	Todas	Preferido con criterios de autorización previa (el medicamento de marca Focalin® también es preferido) <ul style="list-style-type: none"> <li>A partir del 10/17/2023</li> </ul> *El estado como "preferido" comienza a partir del 10/1/2023. Los nuevos criterios comenzarán a partir de la fecha citada
Dovato®, comprimidos	Todas	
Dupixent®, lapicera, jeringa	Todas	Preferido con criterios de autorización previa
Edurant®, comprimidos	Todas	
Efavirenz, comprimidos (genérico de Sustiva®)	Todas	
Efavirenz/Emtricitabina/Tenofovir disoproxil fumarato, comprimidos (genérico de Atripla®)	Todas	
Emtricitabina/Tenofovir disoproxil fumarato, comprimidos (genérico de Truvada®)	Todas	
Emtriva®, solución	Todas	
Evotaz®, comprimidos	Todas	
Hidrocloruro de fluoxetina, cápsulas (genérico de Prozac®)	40 mg	Preferido con criterios de autorización previa <ul style="list-style-type: none"> <li>A partir del 12/1/2023</li> </ul> *El estado como "preferido" comienza a partir del 10/1/2023. Los nuevos criterios comenzarán a partir de la fecha citada
Fosamprenavir, comprimidos (genérico de Lexiva®)	Todas	

<b>Nombre del producto</b>	<b>Dosis</b>	<b>Notas (si corresponde)</b>
Freestyle Libre <sup>®</sup> 2 y Freestyle Libre <sup>®</sup> 3, monitores continuos de glucosa	Todas	Preferido con criterios de autorización previa <ul style="list-style-type: none"> <li>• A partir del 8/1/2023</li> </ul>
Genvoya <sup>®</sup> , comprimidos	Todas	
Invega Hafyera <sup>®</sup> , jeringa	Todas	Preferido con criterios de autorización previa
Isentress <sup>®</sup> , polvo, masticable, comprimidos, comprimidos de alta dosis	Todas	
Juluca <sup>®</sup> , comprimidos	Todas	
Lamivudina, solución, comprimidos (genérico de Epivir <sup>®</sup> )	Todas	
Lamivudina/Zidovudina, comprimidos (genérico de Combivir <sup>®</sup> )	Todas	
Lexiva <sup>®</sup> , suspensión	Todas	
Lopinavir/Ritonavir, solución, comprimidos (genérico de Kaletra <sup>®</sup> )	Todas	
Nevirapina, comprimidos, suspensión, comprimidos de liberación prolongada (genérico de Viramune <sup>®</sup> )	Todas	
Norvir <sup>®</sup> , polvo	Todas	
Odefsey <sup>®</sup> , comprimidos	Todas	
Perseris <sup>®</sup> , jeringa de liberación prolongada	Todas	Preferido con criterios de autorización previa
Pifeltro <sup>®</sup> , comprimidos	Todas	
Prezcobix <sup>®</sup> , comprimidos	Todas	
Prezista <sup>®</sup> , suspensión, comprimidos	Todas	
ProAir RespiClick <sup>®</sup> , polvo para inhalación	90 mcg	Preferido sin criterios autorización previa
Reyataz <sup>®</sup> , polvo	Todas	
Ritonavir, comprimidos (genérico de Norvir <sup>®</sup> )	Todas	
Stribild <sup>®</sup> , comprimidos	Todas	
Symfi <sup>®</sup> , comprimidos	Todas	
Symfi Lo <sup>®</sup> , comprimidos	Todas	
Symtuza <sup>®</sup> , comprimidos	Todas	
Tacrolimus, ungüento (genérico de Protopic <sup>®</sup> )	Todas	
Tenofovir disoproxil fumarato, comprimidos (genérico de Viread <sup>®</sup> )	Todas	
Tivicay <sup>®</sup> PD, comprimidos para suspensión, Tivicay <sup>®</sup> , comprimidos	Todas	

Nombre del producto	Dosis	Notas (si corresponde)
Triumeq® PD, comprimidos para suspensión, Triumeq®, comprimidos	Todas	
Tybost®, comprimidos	Todas	
Xolair®, jeringa	Todas	Preferido con criterios de autorización previa
Xopenex HFA®, aerosol	45 mcg	Preferido sin criterios autorización previa
Xyrem®, solución oral	500 mg/ml	Preferido con criterios de autorización previa
Zidovudina, comprimidos, jarabe (genérico de Retrovir®)	Todas	

**LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS SE INCLUIRÁN COMO NO PREFERIDOS EN LA PDL A PARTIR DEL 1 DE OCTUBRE DE 2023.**

Nombre del producto	Dosis	Notas (si corresponde)
Albuterol HFA, aerosol	Todas	Los medicamentos de marca Proventil HFA® y Ventolin HFA® son preferidos
Apretude®, frasco	Todas	No preferido con criterios de autorización previa
Aptivus®, cápsulas	Todas	
Atripla®, comprimidos	Todas	
Azstarys®, cápsulas	Todas	Criterios actualizados <ul style="list-style-type: none"> <li>• A partir del 12/1/2023</li> </ul>
Cabenuva®, frasco	Todas	No preferido con criterios de autorización previa
Combivir®, comprimidos	Todas	
Darunavir etanolato, comprimidos (genérico de Prezista®)	Todas	
Didanosina, cápsulas (genérico de Videx® EC)	Todas	
Efavirenz, cápsulas, genérico de Sustiva®)	Todas	
Efavirenz/Lamivudina/Tenofovir disoproxil fumarato, comprimidos (genérico de Symfi® y Symfi Lo®)	Todas	
Elidel®, crema	Todas	No preferido con criterios de autorización previa
Emsam®, parche transdérmico	Todas	Criterios actualizados <ul style="list-style-type: none"> <li>• A partir del 12/1/2023</li> </ul>
Emtricitabina, cápsulas (genérico de Emtriva®)	Todas	
Emtriva®, cápsulas (emtricitabina)	Todas	
Epivir®, solución, comprimidos	Todas	
Epzicom®, comprimidos	Todas	
Etravirina, comprimidos (genérico de ®)	Todas	

Eucrisa <sup>®</sup> , ungüento	Todas	No preferido con criterios de autorización previa
Fuzeon <sup>®</sup> , frasco	Todas	
Intelence <sup>®</sup> , comprimidos	Todas	
Kaletra <sup>®</sup> , solución, comprimidos	Todas	
Lexiva <sup>®</sup> , comprimidos	Todas	
Lumryz <sup>®</sup> , paquete para suspensión oral de liberación prolongada	Todas	
Maraviroc, comprimidos (genérico de Selzentry <sup>®</sup> )	Todas	No preferido con criterios de autorización previa
Marplan <sup>®</sup> , comprimidos	10 mg	Criterios actualizados <ul style="list-style-type: none"> <li>• A partir del 12/1/2023</li> </ul>
Nardil <sup>®</sup> , comprimidos	15 mg	Criterios actualizados <ul style="list-style-type: none"> <li>• A partir del 12/1/2023</li> </ul>
Norvir <sup>®</sup> , comprimidos	Todas	
Opzelura <sup>®</sup> , crema	Todas	No preferido con criterios de autorización previa
Fenelzina, comprimidos	15 mg	Criterios actualizados <ul style="list-style-type: none"> <li>• A partir del 12/1/2023</li> </ul>
Pimecrolimus, crema (genérico de Elidel <sup>®</sup> )	Todas	No preferido con criterios de autorización previa
Protopic <sup>®</sup> , ungüento	Todas	No preferido con criterios de autorización previa
Qelbree <sup>®</sup> , cápsulas	Todas	Criterios actualizados <ul style="list-style-type: none"> <li>• A partir del 10/17/2023</li> </ul>
Retrovir <sup>®</sup> , jarabe	Todas	
Reyataz <sup>®</sup> , cápsulas	Todas	
Rukobia <sup>®</sup> , comprimidos	Todas	
Selzentry <sup>®</sup> , solución, comprimidos	Todas	No preferido con criterios de autorización previa
Oxibato sódico, solución (genérico de Xyrem <sup>®</sup> )	500 mg/ml	
Spravato <sup>®</sup> , aerosol nasal	Todas	Criterios actualizados <ul style="list-style-type: none"> <li>• A partir del 12/1/2023</li> </ul>
Estavudina, cápsulas (genérico de Zerit <sup>®</sup> )	Todas	
Sunlenc <sup>®</sup> , comprimidos, frasco	Todas	No preferido con criterios de autorización previa
Sunosi <sup>®</sup> , comprimidos	Todas	
Sustiva <sup>®</sup> , cápsulas	Todas	
Temixys <sup>®</sup> , comprimidos	Todas	
Trizivir <sup>®</sup> , comprimidos	Todas	
Truvada <sup>®</sup> , comprimidos	Todas	
Viracept <sup>®</sup> , comprimidos	Todas	
Viramune <sup>®</sup> comprimidos de liberación extendida	Todas	
Viread <sup>®</sup> , comprimidos, polvo	Todas	

Wakix <sup>®</sup> , comprimidos	Todas	
Xywav <sup>®</sup> , solución	0.5 g/ml	
Ziagen <sup>®</sup> , solución, comprimidos	Todas	
Zidovudina, cápsulas (genérico de Retrovir <sup>®</sup> )	Todas	

LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS TIENEN CAMBIOS EN LA AUTORIZACIÓN PREVIA/CRITERIOS DE AUTORIZACIÓN PREVIA EN LA PDL EN VIGOR A PARTIR DEL 1 DE OCTUBRE DE 2023.

Nombre del producto	Dosis	Notas (si corresponde)
Asceniv <sup>®</sup> , frasco	10 %	Nuevos criterios de beneficios médicos para el código J1554
Cibinqo <sup>®</sup> , comprimidos	Todas	Criterios actualizados para el eccema
Nexium <sup>®</sup> , paquete	Todas	Criterios actualizados
Inhibidores de la bomba de protones (IBP): Aciphex <sup>®</sup> , Dexilant <sup>®</sup> , Konvomep <sup>®</sup> , Nexium <sup>®</sup> , Prevacid <sup>®</sup> , Prilosec <sup>®</sup> , Protonix <sup>®</sup> , Zegerid <sup>®</sup>	Todas	Criterios actualizados <ul style="list-style-type: none"> <li>Se aplica a productos de marca y genéricos</li> </ul>
Rinvoq <sup>®</sup> , comprimidos	Todas	Criterios actualizados para el eccema
Xelstrym <sup>®</sup> , parche	Todas	Criterios actualizados <ul style="list-style-type: none"> <li>Entrará en vigor el 10/17/2023</li> </ul>

RESUMEN DE CAMBIOS A LOS PRODUCTOS QUE NO ESTÁN EN LA PDL DE MEDICAID DE ARKANSAS EN VIGOR A PARTIR DEL 1 DE OCTUBRE DE 2023:

LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS TIENEN CAMBIOS EN LA AUTORIZACIÓN PREVIA/CRITERIOS DE AUTORIZACIÓN PREVIA A PARTIR DEL 1 DE OCTUBRE DE 2023.

Nombre del producto	Dosis	Notas (si corresponde)
Altuviiio <sup>®</sup> , frasco	Todas	Beneficio médico con revisión de necesidad médica
Byooviz <sup>®</sup> , frasco	0.5 mg/0.05 ml	Nuevos criterios de beneficios médicos para el código Q5124
Daybue <sup>®</sup> , solución oral	200 mg/ml	Nuevo criterio
Eylea <sup>®</sup> , jeringa, frasco	Todas	Criterios actualizados
Caproato de hidroxiprogesterona, frasco	250 mg/ml	Nuevos criterios de beneficios médicos para el código J1729
Joenja <sup>®</sup> , comprimidos	70 mg	Nuevo criterio
Lamzedo <sup>®</sup> , frasco	10 mg	Beneficio médico con revisión de necesidad médica
Qalsody <sup>®</sup> , frasco	100 mg/15ml	Beneficio médico con revisión de necesidad médica
Rebyota <sup>®</sup> , suspensión rectal	150 ml	Beneficio médico con revisión de necesidad médica <ul style="list-style-type: none"> <li>Criterios actualizados</li> </ul>

Syfovre <sup>®</sup> , frasco	15 mg/0.1 ml	Beneficio médico con revisión de necesidad médica
Vabysmo <sup>®</sup> , frasco	6 mg/0.05 ml	Nuevos criterios de beneficios médicos para el código J2777
Veozah <sup>®</sup> , comprimidos	45 mg	Nuevo criterio
Vowst <sup>®</sup> , cápsulas	N/C	Nuevo criterio
Zinplava <sup>®</sup> , frasco	1000 mg/40 ml	Nuevos criterios de beneficios médicos para el código J0565

### ¿Qué debe hacer?

Primero, hable con la persona que receta. Hay diferentes formas en que usted y la persona que receta pueden encontrar información sobre los medicamentos:

- Puede buscar en nuestro sitio web, **CareSourcePASSE.com**. En la página en "Afiliados", vaya a "Herramientas y recursos" y haga clic en "Encontrar mis medicamentos con receta".
- O llame al Departamento de Servicios para Afiliados, al **1-833-230-2005** (TDD/TTY: 711).

Estamos aquí para ayudarle. El Departamento de Servicios para Afiliados a CareSource PASSE está abierto de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., hora del centro.

**Atentamente,**

**CareSource PASSE**

AR-PAS-M-1135300-V.9a-SP

Aprobado por DHS: 3/18/2022