



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

Asunto: Resumen de cambios al formulario/a la autorización previa en vigor a partir del 1 DE JULIO DE 2024

Su atención médica es nuestra prioridad. Por ello, le escribimos para informarle que el 1 DE JULIO DE 2024 habrá cambios en la Lista de medicamentos preferidos (PDL) de Medicaid de Arkansas y en la administración de productos de CareSource PASSE que no están en la PDL de Medicaid de Arkansas. Una PDL es una lista de medicamentos preferidos.

RESUMEN DE CAMBIOS A LA PDL DE MEDICAID DE ARKANSAS EN VIGOR A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2024:

LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS SERÁN PREFERIDOS EN LA PDL EN VIGOR A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2024.

Nombre del producto	Dosis	Notas (si corresponde)
AIRDUO® RESPICLICK, POLVO PARA INHALACIÓN	TODAS	
ALVESCO® HFA, INHALADOR CON ADAPTADOR	TODAS	
ARNUIITY ELLIPTA®, AMPOLLA, CON DISPOSITIVO DE INHALACIÓN	TODAS	
BRIXADI®, JERINGA	TODAS	
NARATRIPTÁN, COMPRIMIDO (GENÉRICO de AMERGE®)	TODAS	
QVAR REDHALER® HFA, INHALADOR	TODAS	
SUBLOCADE®, SOLUCIÓN, JERINGA DE LIBERACIÓN PROLONGADA	TODAS	
SUMATRIPTÁN, ESPRAY NASAL (GENÉRICO de IMITREX®)	5 MG, 20 MG	
SUMATRIPTAN, JERINGA	6 MG/0.5 ML	
ZOLMITRIPTÁN, COMPRIMIDO, ODT (GENÉRICO de ZOMIG®, ZOMIG® ZMT)	TODAS	

Nombre del producto	Dosis	Notas (si corresponde)
DEXCOM®G6, G7	Sensor, receptor y transmisor correspondientes	<p>Ahora se acepta a través de los beneficios de farmacia; Se aplican límites de cantidad y autorización previa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entró en vigor el 5/1/2024
OMNIPOD-5® - DASH, GO, G6, G7	Pods y kit de presentación correspondientes	
ONE TOUCH®ULTRA2, VERIO FLEX/REFLECT	Sistema de glucosa y tiras reactivas correspondientes	
RELION TRUE METRIX®, TRUE METRIX®, TRUE METRIX® AIR	Medidor y tiras reactivas correspondientes	
VGO®, DISPOSITIVO DE INSULINA	TODAS	
SUMINISTROS PARA PRUEBAS DE GLUCOSA EN SANGRE Y CETONAS, JERINGAS DE INSULINA	TODAS	

LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS SERÁN NO PREFERIDOS EN LA PDL EN VIGOR A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2024.

Nombre del producto	Dosis	Notas (si corresponde)
AMITIZA®, CÁPSULA	TODAS	
FLUTICASONA HFA, INHALADOR CON ADAPTADOR (GENÉRICO de FLOVENT HFA®)	TODAS	
PREZISTA®, COMPRIMIDO	600 MG, 800 MG	
RETACRIT®, FRASCO	TODAS	<p>Solo la marca CSL Vifor es no preferida; La marca Pfizer sigue siendo preferida bajo criterio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entró en vigor el 4/5/2024
SABRIL®, POLVO EN PAQUETE	500 MG	
TREPROSTINILO, FRASCO (GENÉRICO de REMODULIN®)	TODAS	
ZOLMITRIPTÁN, ESPRAY, NO AEROSOL (GENÉRICO de ZOMIG®)	5 MG	

LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS TIENEN UN CAMBIO EN LA AUTORIZACIÓN PREVIA/LOS CRITERIOS DE LA PDL EN VIGOR A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2024.

Nombre del producto	Dosis	Notas (si corresponde)
ADALIMUMAB-AATY(CF), JERINGA, KIT (YUFLYMA®-HUMIRA® biosimilar)	TODAS	Nuevos criterios de autorización previa. Entró en vigor el 4/12/2024
ADALIMUMAB-AATY(CF), AUTOINYECTOR/JERINGA, KIT (YUFLYMA® - HUMIRA® biosimilar)	TODAS	Nuevo límite de cantidad. Entró en vigor el 4/12/2024
Nombre del producto	Dosis	Notas (si corresponde)
ADALIMUMAB-ADB(M) (CF) PS-UV, CYLTEZO® (CF) PSORIA-UV (HUMIRA® PEN biosimilar)	40 MG	Nuevo límite de cantidad. Entró en vigor el 5/1/2024
ADALIMUMAB-ADB(M) (CF), JERINGA/LAPICERA (CYLTEZO® - HUMIRA® biosimilar)	40 MG	Nuevo límite de cantidad. Entró en vigor el 5/1/2024
ADALIMUMAB-ADB(M) (CF) CRHN & CYLTEZO®(CF) CRH-UC-HS PEN - HUMIRA® biosimilar)	40 MG	Nuevo límite de cantidad. Entró en vigor el 5/1/2024
BUDESONIDA, AMPOLLAS PARA NEBULIZADOR (GENÉRICO de PULMICORT RESPULES®)	TODAS	Nuevo límite de cantidad.
CLORPROMAZINA, FRASCO (GENÉRICO de THORAZINE®)	25 MG/ML	Nuevos criterios de autorización previa. Entró en vigor el 4/3/2024
EMZAHH, COMPRIMIDO (GENÉRICO de ORTHO MICRONOR®)	0.35 MG	Nuevos criterios de autorización previa. Entró en vigor el 4/12/2024
FRAICHE® 5000, GEL	TODAS	Nuevos criterios de autorización previa y límite de cantidad. Entró en vigor el 3/12/2024
INGREZZA®, CÁPSULA	TODAS	Nuevo límite de cantidad. Entró en vigor el 5/6/2024
LAGEVRIO®, CÁPSULA	200 MG	Nuevos criterios de autorización previa. Entró en vigor el 5/10/2024
LIBERVANT®, PELÍCULA BUCAL	TODAS	Nuevos criterios de autorización previa. Entró en vigor el 4/26/2024
LYMEPAK®, COMPRIMIDO	100 MG	Nuevos criterios de autorización previa. Entró en vigor el 4/24/2024
OMVOH, 100 MG/ML, JERINGA	10 MG	Nuevos criterios de autorización previa; Entró en vigor el 5/9/2024
OPSYNVI®, COMPRIMIDO	10 mg	Nuevo límite de cantidad. Entró en vigor el 3/28/2024
RIZATRIPTÁN, COMPRIMIDO, MLT (GENÉRICO de MAXALT®, MAXALT®MLT)	5 MG, 10 MG	Preferido sin criterios; Actualización para eliminar criterios.

Nombre del producto	Dosis	Notas (si corresponde)
SIMLANDI® (CF), AUTOINYECTOR	40 MG/0.4 ML	Nuevos criterios de autorización previa. Entró en vigor el 3/22/2024
SITAGLIPTINA, COMPRIMIDO (GENÉRICO de ZITUVIO®)	TODAS	Nuevo límite de cantidad. Entró en vigor el 4/1/2024
SUMATRIPTAN, KIT DE RECARGA (GENÉRCIO de IMITREX®)	TODAS	Preferido con criterios Actualización para agregar criterios
SUCCINATO DE SUMATRIPTÁN, COMPRIMIDO (GENÉRICO de IMITREX®)	TODAS	Preferido sin criterios; Actualización para eliminar criterios.
SUMATRIPTÁN, FRASCO (GENÉRICO de IMITREX®)	6 MG/0.5 ML	Preferido con criterios Actualización para agregar criterios
TALZENNA®, CÁPSULA	0.5 MG	Nuevos criterios de autorización previa y límite de cantidad; Entró en vigor el 4/17/2024 y el 5/17/2024
TALZENNA®, CÁPSULA	0.75 MG	Nuevos criterios de autorización previa y límite de cantidad. Entró en vigor el 5/17/2024
TALZENNA®, CÁPSULA	0.25 MG, 0.35 MG, 1 MG	Nuevos criterios de autorización previa. Entró en vigor el 4/17/2024
VIVITROL®, SUSPENSIÓN, LIBERACIÓN PROLONGADA	380 MG	Preferido sin criterios; Actualización para eliminar criterios.
XCOPRI®, COMPRIMIDO	25 MG	Nuevo límite de cantidad. Entró en vigor el 4/22/2024
XOLAIR® AUTOINYECTOR, JERINGA, FRASCO	TODAS	Nuevos criterios de autorización previa

RESUMEN DE CAMBIOS A PRODUCTOS QUE NO ESTÁN EN LA PDL DE MEDICAID DE ARKANSAS EN VIGOR A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2024.

LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS TIENEN UN CAMBIO EN LA AUTORIZACIÓN PREVIA/LOS CRITERIOS EN VIGOR A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2024.

Nombre del producto	Dosis	Notas (si corresponde)
ADZYNMA®KIT	TODAS	Beneficio médico con revisión de necesidad médica
CASGEVY®, FRASCO	TODAS	
CRESEMBA®, FRASCO	TODAS	
IDOSE®TR, IMPLANTE	TODAS	
LYFGENIA®, INYECTABLE	TODAS	
PANHEMATIN®, FRASCO	TODAS	Se requiere autorización previa para el beneficio médico: código J1640

¿Qué debe hacer?

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

- Puede buscar en nuestro sitio web, en CareSourcePASSE.com. En la página “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 (CST).

Atentamente,

CareSource PASSE

AR-PAS-M-1135300-V.11-SP

Aprobado por DHS: 2/23/2022