



PO Box 723308, Atlanta, GA 31139-1308 | CareSource.com

Asunto: Resumen de los cambios a la PDL en vigor a partir del 1 DE ENERO DE 2024

Estimado(a) afiliado(a) a CareSource:

Su atención médica es nuestra prioridad. Por ello, le enviamos esta carta para informarle que el 1 DE ENERO DE 2024

CareSource cambiará su Lista de medicamentos preferidos (PDL). Una PDL es una lista de medicamentos preferidos.

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

Nombre de marca	Nombre genérico	Dosis	Notas (si corresponde)
N/C	Adalumimab-adaz (Sandoz®)	Todas	Se requiere autorización previa
N/C	Adalumimab-fkjp (Mylan/Viatris®)	Todas	Se requiere autorización previa
Freestyle Libre 3	N/C	N/C	Entró en vigor el 10/20/2023
Hadlima, autoinyector, jeringa	Adalumimab-bwwd	Todas	Se requiere autorización previa
Opvee, aerosol	Nalmefeno	2.7 mg	Límite de cantidad de 2 unidades por mes
Ozempic, lapicera inyectora	Semaglutida	Todas	Se aplica la terapia escalonada
Pancreaze, cápsula de liberación retardada	Lipasa/proteasa/amilasa	Todas	

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

Nombre de marca	Nombre genérico	Dosis	Notas (si corresponde)
Amjevita, autoinyector	Adalumimab-atto	40 mg/0.8 ml	Se aplica a los siguientes NDC: o 72511-0400-01 o 72511-0400-02

Brixadi, solución, jeringa de liberación prolongada	Buprenorfina	Todas	Permite la cobertura de beneficios médicos y de farmacia • Beneficio médico con revisión de necesidad médica • Beneficio de farmacia: no preferido
Flovent Diskus, HFA	Propionato de fluticasona	Todas	Se prefiere el genérico autorizado de propionato de fluticasona
Inpefa, comprimido	Sotagliflozina	200 mg	Se aplica la terapia escalonada
Iyuzeh, gotero, dispensador desechable de gotas	Latanoprost, PF	0.005 %	
Mavyret, comprimido	Glecaprevir/Pibrentasvir	Todas	Se requiere autorización previa; se aplica una continuación de la terapia; se prefiere el genérico autorizado de Epclusa (Asegua Therapeutics)
Miebo, gotas	Perfluorohexiloctano/PF	100 %	
Ngenla, lapicera	Somatrogon-ghla	Todas	
Trulicity, lapicera inyectora	Dulaglutida	Todas	No se aplica una continuación de la terapia; límite de cantidad de 2 ml durante 28 días
Veozah, comprimido	Fezolinetant	45 mg	
Xdemvy, gotas	Lotilaner	0.25 %	

LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS TENDRÁN UN CAMBIO EN SU ESTADO EN VIGOR A PARTIR DEL 1 DE ENERO DE 2024.

Nombre de marca	Nombre genérico	Dosis	Notas (si corresponde)
Airsupra, inhalador	Sulfato de albuterol/budesonida	90-80 mcg	Se aplica la terapia escalonada Se aplica a los servicios de atención entre embarazos
Beyfortus, jeringa	Nirsevimab-Alip	Todas	Beneficio médico únicamente; no se requiere autorización previa; no se aplica a los servicios de atención entre embarazos

Dalvance, frasco	Clorhidrato de dalbavancina	500 mg	Beneficio médico; no se requiere autorización previa; se requiere una verificación de diagnóstico
Elevidys, kit	Delandistrogen Moxeparvc-Rokl	Todas	Beneficio médico con revisión de necesidad médica
Elfabrio, frasco	Pegunigalsidasa alfa-iwxj	20 mg/10 ml	Beneficio médico con revisión de necesidad médica
Feraheme, frasco	Ferumoxitol	Todas	Se requiere autorización previa para el beneficio médico: código Q0138
Ferrlecit, frasco	Gluconato férrico de sodio/sacarosa	Todas	Se requiere autorización previa para el beneficio médico: código J2916
Glassia, frasco	Inhibidor de la alfa 1-proteinasa	1 gm/50 ml	Se agregó el beneficio de farmacia
Gralise, comprimido de liberación extendida	Gabapentina	Todas	Se aplica un límite de cantidad: 300 mg: 1 comprimido por día 450 mg: 1 comprimido por día 600 mg: 2 comprimidos por día 750 mg: 2 comprimidos por día 900 mg: 2 comprimidos por día Paquete de ajuste de dosis: 1 paquete cada 90 días
Infed, frasco	Complejo de hierro dextrano	Todas	Se requiere autorización previa para el beneficio médico: código J1750
Injectafer, frasco	Carboximaltosa férrica	Todas	Se requiere autorización previa para el beneficio médico: código J1439
Litfulo, cápsulas	Tosilato de ritlecitinib	50 mg	

Lyrice CR, comprimido	Pregabalina	Todas	<p>Neuropatía periférica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Límite de cantidad: <ul style="list-style-type: none"> ○ 82.5 mg: 3 comprimidos por día ○ 165 mg: 1 comprimido por día ○ 330 mg: 1 comprimido por día • Máximo de 330 mg por día <p>Neuralgia posherpética</p> <ul style="list-style-type: none"> • Límite de cantidad: <ul style="list-style-type: none"> ○ 82.5 mg: 3 comprimidos por día ○ 165 mg: 3 comprimidos por día ○ 330 mg: 2 comprimidos por día <p>Máximo de 660 mg por día</p>
Mvasi, frasco	Bevacizumab-Awwb	Todas	Beneficio médico: preferido; se requiere autorización previa
N/C	Naloxona, aerosol nasal	4 mg	Límite de cantidad de 2 unidades por mes
Rezzayo, frasco	Acetato de rezafungina	200 mg	Beneficio médico con revisión de necesidad médica
Rhogam, jeringa	Antisera	1500 unidades	Se agregó el beneficio de farmacia; no se requiere autorización previa; se aplica a los servicios de atención entre embarazos
Roctavian, frasco	Valoctocogene Roxaparvovc-Rvox	2 x 10E13/ml	Beneficio médico con revisión de necesidad médica
Rystiggo, frasco	Roanolixizumab-Noli	280 mg/2 ml	Beneficio médico con revisión de necesidad médica
Venofer, frasco	Complejo de hierro sacarosa	Todas	Se requiere autorización previa para el beneficio médico: código J1756
Vyjuvek, gel	Beremagene geperpavec-svdt	Todas	Beneficio médico con revisión de necesidad médica
Vyvgart Hytrulo, frasco	Efgartigimod-Hialuronidasa-qvfc	1,008 mg/5.6 ml	Beneficio médico con revisión de necesidad médica

Ycanth, solución	Cantaridina	0.7 %	Se agregó el beneficio de farmacia; límite de cantidad de 4 ciclos de tratamiento (máximo de 12 semanas) por infección
Zirabev, frasco	Bevacizumab-bvzr	25 mg/ml	Beneficio médico: preferido; se requiere autorización previa

¿Qué debe hacer?

En primer lugar, hable con su proveedor de atención médica. En caso de ser necesario, su proveedor puede enviar una autorización previa para un medicamento que se haya eliminado de la PDL, si usted debe seguir usándolo debido a una necesidad médica. Es posible que haya otros medicamentos en la PDL de CareSource que usted pueda usar en su lugar. Hay algunas maneras en que usted y la persona que emite la receta pueden encontrar medicamentos:

- Puede consultar nuestro sitio web en **CareSource.com**. En la página Afiliados, vaya a Herramientas y recursos y haga clic en “Encontrar mis medicamentos con receta”.
- También puede llamar al Departamento de Servicios para Afiliados al **1-855-202-0729** (TTY: 1-800-255-0056 o 711).

Estamos aquí para ayudarlo. El Departamento de Servicios para Afiliados a CareSource está abierto de lunes a viernes, de 7 a. m. a 7 p. m.

Atentamente,

CareSource RX Innovations

CareSource cumple las leyes estatales y federales vigentes sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de edad, sexo, identidad de género, color de piel, raza, discapacidad, origen nacional, estado civil, preferencia sexual, afiliación religiosa, estado de salud o estado de asistencia pública.

Si usted o alguien a quien ayuda tiene preguntas sobre CareSource, tiene derecho a recibir esta información y ayuda en su propio idioma sin costo. Para hablar con un intérprete, llame al número de Servicios para Afiliados que figura en su tarjeta de identificación.

如果您或者您在帮助的人对 **CareSource** 存有疑问，您有权 免费获得以您的语言提供的帮助和信

息。如果您需要与一位翻译交谈，请拨打您的会员 ID 卡上的会员服务电话号码

GA-MMED-1760a-V.14-SP
Aprobado por DCH: 02/21/2019