



P.O. Box 8738, Dayton, OH 45401-8738 | CareSource.com

Asunto: Resumen de los cambios a la PDL, con vigencia partir del 1 de enero de 2023

Estimado(a) afiliado(a) a CareSource:

Su atención médica es nuestra prioridad. Por este motivo, le escribimos para informarle que el 1 de enero de 2023, CareSource cambiará la Lista de medicamentos preferidos (PDL). Una PDL es una lista de medicamentos preferidos.

LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS SERÁN PREFERIDOS EN LA PDL A PARTIR DEL 1 DE ENERO DE 2023.

Nombre de marca	Nombre genérico	Dosis	Notas – Si corresponde
Adlarity, parche de uso semanal	Donepezil HCL	5 mg/diarios, 10 mg/diarios	Preferido sin autorización previa para afiliados mayores de 18 años. Se aplican límites respecto a las cantidades.
Aimovig, autoinyector	Erenumab-aooe	70 mg/mL, 140 mg/mL	Preferido con autorización previa obligatoria.
Auvelity ER, tabletas	Dextromethorphan HBR- Bupropion	45-105 mg	Preferido sin autorización previa para afiliados mayores de 18 años. Se aplican límites respecto a las cantidades.
Caya, diafragma contorneado			Preferido sin autorización previa. Se aplican límites respecto a las cantidades.
Femcap, capuchón cervical		22 mm, 26 mm, 30 mm	Preferido sin autorización previa. Se aplican límites respecto a las cantidades.
Firazyr, jeringa	Icatibant acetate	30 mg/3 mL	Se acepta a través del beneficio de farmacia. <u>Icatibant, genérico</u> preferido con autorización previa.

Nombre de marca	Nombre genérico	Dosis	Notas – Si corresponde
Haegarda, vial	C1 Esterase, inhibidor	2,000 unid, 3,000 unid	Se acepta a través del beneficio de farmacia. Preferido con autorización previa obligatoria.
Quetiapine, tabletas	Quetiapine Fumarate	150 mg	Preferido sin autorización previa. Se aplican límites respecto a las cantidades.
Relexxii ER, tabletas	Methylphenidate HCL	18 mg, 27 mg, 36 mg, 45 mg, 54 mg, 63 mg	Preferido sin autorización previa para afiliados cuyas edades fluctúen entre 6 y 18 años. Se aplican límites respecto a las cantidades.
Venlafaxine Besylate ER, tabletas	Venlafaxine Besylate	112.5mg	Preferido sin autorización previa. Se aplican límites respecto a las cantidades.
Xelstrym, parche	Dextroamphetamine	4.5 mg/9 h, 9 mg/9 h, 13.5 mg/9 h, 18 mg/9 h	Preferido sin autorización previa para afiliados cuyas edades fluctúen entre 6 y 18 años. Se aplican límites respecto a las cantidades.

LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS SERÁN NO PREFERIDOS EN LA PDL A PARTIR DEL 1 DE ENERO DE 2023.

Nombre de marca	Nombre genérico	Dosis	Notas – Si corresponde
Arcapta Neohaler, cápsulas	Indacaterol Maleate	75 mcg	Fuera del mercado
Blephamide, gotas para los ojos	Sulfacetamide-Prednisolone	10 %-0.2 %	Fuera del mercado

LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS TENDRÁN UN CAMBIO EN SU ESTADO A PARTIR DEL 1 DE ENERO DE 2023.

Nombre de marca	Nombre genérico	Dosis	Notas – Si corresponde
Beriner Kit	C1 Esterase, inhibidor	500 unid	Se acepta a través del beneficio de farmacia. Se requiere autorización previa.

Nombre de marca	Nombre genérico	Dosis	Notas – Si corresponde
Bicillin L-A, jeringa	Penicillin G Benzathine	600,000 unid, 1,200,000 unid, 2,400,000 unid	Se acepta a través de beneficios de farmacia.
Cinryze, vial	C1 Esterase, inhibidor	500 unid	Se acepta a través del beneficio de farmacia. Se requiere autorización previa.
Gralise ER, tabletas; Horizant ER, tabletas; Neurontin, cápsulas/tabletas	Gabapentin, Gabapentin Enacarbil	Todo	Se agrega un límite de 3,600 mg diarios en todos los productos de gabapentina.
Hetlioz, cápsulas; suspensión oral	Tasimelteon	20 mg, 4 mg/mL	Se requiere autorización previa para todas las edades. Se aplican límites respecto a las cantidades.
Kalbitor, vial	Ecallantide	10 mg/mL	Se acepta a través del beneficio de farmacia. Se requiere autorización previa.
Mayzent, tabletas	Siponimod	1 mg	Se agrega un límite de 1 tableta diaria.
Nesina, tabletas	Alogliptin	6.25 mg, 12.5 mg, 25 mg	Se agrega un límite de 1 tableta diaria.
Paxil CR, tabletas	Paroxetine ER	37.5 mg	Se actualiza el límite de cantidad a 2 tabletas diarias.
Ruconest, vial	C1 Esterase, inhibidor, recombinante	2,100 unid	Se acepta a través del beneficio de farmacia. Se requiere autorización previa.
Sajazir, jeringa	Icatibant acetate	30 mg/3 mL	Se acepta a través del beneficio de farmacia. Se requiere autorización previa.
Takhzyro, jeringa, vial	Lanadelumab-flyo	300 mg/2 mL	Se acepta a través del beneficio de farmacia. Se requiere autorización previa.
Vascepa, cápsulas	Icosapent Ethyl	0.5 gramos, 1 gramo	Se agrega un límite de 4 cápsulas diarias.

Nombre de marca	Nombre genérico	Dosis	Notas – Si corresponde
Xywav, solución	Calcio, magnesio, potasio, oxibato de sodio	0.5 gramos/mL	Se requiere autorización previa para todas las edades. Se aplican límites respecto a las cantidades.
Zenzedi, tabletas	Dextroamphetam ine Sulfate	2.5 mg, 5 mg, 15 mg	Se actualiza el límite de cantidad a 2 tabletas diarias.

¿Qué debe hacer?

Primero, hable con la persona que le receta. Es posible que haya otros medicamentos en la PDL de CareSource que puede tomar en su lugar. Hay varias formas para que usted o la persona que se los recdeta pueden encontrar medicamentos:

- Puede buscar en nuestro sitio web, en **CareSource.com**. En la página “Afiliados”, vaya a “Herramientas y Recursos” y haga clic en “Encontrar mis medicamentos con receta”.
- O bien, llame a nuestro Departamento de Servicios para Afiliados al **1-844-607-2829** (TTY: 1-800-743-3333 o 711).

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

Atentamente,

CareSource RX Innovations

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