



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

**Asunto: Resumen de cambios en la PDL vigentes a partir del 1 de octubre de 2023**

Estimado(a) afiliado(a) a CareSource:

Su atención médica es nuestra prioridad. Por ello le escribimos para informarle que la Lista de Medicamentos Preferidos (Preferred Drug List, PDL) de CareSource cambiará el 1 de octubre de 2023. Una PDL es una lista de medicamentos preferidos.

**LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS TIENEN UN CAMBIO DE ESTADO A PARTIR DEL 1 DE OCTUBRE DE 2023.**

Nombre de Marca	Nombre Genérico	Dosis	Notas
Abilify Asimtufi	Aripiprazol	Todas las concentraciones de inyección	Se agrega límite de edad de 18 años en adelante. Se agrega límite de cantidad adicional de una inyección por 56 días.
Amvuttra	Vutrisiran	Inyección de 1 mg	J0225– se agrega autorización previa para el beneficio médico.
Apretude	Cabotegravir	Inyección de 1 mg	J0739– se agrega autorización previa para el beneficio médico.
Bivigam	Inmunoglobulina IV (IVIG)	Inyección de 500 mg	J1556– se agrega autorización previa para el beneficio médico.

	Butorfanol	Aerosol nasal de 10 mg/ml	Se actualiza el límite de cantidad a un frasco (2.5 ml) por mes
Byooviz	Ranibizumab-nuna	Inyección de 0.1 mg	Q5124– se agrega autorización previa para el beneficio médico.
Caplyta	Lumateperona	Todas las concentraciones de las cápsulas	Actualización de la autorización previa
Catapres	Clonidina	Todas las concentraciones de parches y comprimidos	Se requiere autorización previa si se toma junto con guafacina.
Cerezyme	Imiglucerasa	Inyección de 10 unidades	J1786– se agrega autorización previa para el beneficio médico.
Cimerli	Ranibizumab-eqrn	Inyección de 0.1 mg	Q5128– se agrega autorización previa para el beneficio médico.
Cutaquig	Inmunoglobulina SC (SCIG)	Inyección de 100 mg	J1551– se agrega autorización previa para el beneficio médico.
Cuvitru	Inmunoglobulina SC (SCIG)	Inyección de 100 mg	J1555– se agrega autorización previa para el beneficio médico.
Elelyso	Taliglucerasa alfa	Inyección de 10 unidades	J3060– se agrega autorización previa para el beneficio médico.

Enjaymo	Sutimlimab-jome	Inyección de 1 mg	J1302– autorización previa agregada para el beneficio médico.
Eprontia	Topiramato	Solución oral de 25 mg/5 ml	Se agrega límite de cantidad de 16 ml por día. Se agrega la terapia escalonada; el afiliado debe tener menos de 18 años o ser incapaz de tragar formas de administración sólidas (p. ej., comprimidos o cápsulas).
	Esomeprazol	Todas las concentraciones de los paquetes	Se agrega la terapia escalonada: debe ser incapaz de tragar, y debe probar paquetes de Nexium y Protonix durante un período de terapia de 4 semanas, o no poder tomar estos productos.
Eylea	Aflibercept	Inyección de 1 mg	J0178– se agrega autorización previa para el beneficio médico.
Flebogamma; Flebogamma DIF	Inmunoglobulina IV (IVIG)	Inyección de 500 mg	J1572– se agrega autorización previa para el beneficio médico.

Gamastan S/D	Gammaglobulina IM (IGIM)	Inyección de 1 ml	J1460– se agrega autorización previa para el beneficio médico.
Gamastan S/D	Gammaglobulina IM (IGIM)	Inyección de más de 10 ml	J1560– se agrega autorización previa para el beneficio médico.
Gammagard	Inmunoglobulina IV (IVIG)	Inyección de 500 mg	J1569– se agrega autorización previa para el beneficio médico.
Gammagard S/D; Carimune NF	Inmunoglobulina IV (IVIG)	Inyección de 500 mg	J1566– se agrega autorización previa para el beneficio médico.
Gammaked; Gamunex-C	Inmunoglobulina IV (IVIG)	Inyección de 500 mg	J1561– se agrega autorización previa para el beneficio médico.
Gammaplex	Inmunoglobulina IV (IVIG)	Inyección de 500 mg	J1557– se agrega autorización previa para el beneficio médico.
	Guanfacina	Todas las concentraciones de comprimidos y comprimidos de liberación prolongada	Se requiere autorización previa si se toma junto con clonidina.
Hizentra	Inmunoglobulina SC (SCIG)	Inyección de 100 mg	J1559– se agrega autorización previa para el beneficio médico.

Hyqvia	Inmunoglobulina/Hialuronidasa	Inyección de 100 mg	J1575– se agrega autorización previa para el beneficio médico.
Konvomep	Omeprazol/Bicarbonato de sodio	Suspensión oral de 2 mg - 84 mg/ml	Se actualiza el límite de edad a mayores de 18 años. Se actualiza la terapia escalonada: debe ser incapaz de tragar, y debe probar paquetes de Nexium, paquetes de Protonix y Zegerid en polvo durante un total de 4 semanas, o no poder tomar estos productos.
	Lansoprazol	Todas las concentraciones de comprimidos de desintegración oral	Se agrega la terapia escalonada: debe ser incapaz de tragar, y debe probar paquetes de Nexium y Protonix durante un período de terapia de 4 semanas, o no poder tomar estos productos.
Lucentis	Ranibizumab	Inyección de 0.1 mg	J2778– se agrega autorización previa para el beneficio médico.

Macugen	Pegaptanib sódico	Inyección de 0.3 mg	J2503– se agrega autorización previa para el beneficio médico.
Octagam	Inmunoglobulina IV (IVIG)	Inyección de 500 mg	J1568– se agrega autorización previa para el beneficio médico.
	Pantoprazol	Paquetes de 40 mg	Se agrega terapia: debe ser incapaz de tragar, y debe probar paquetes de Nexium y Protonix durante un período de terapia de 4 semanas, o no poder tomar estos productos.
Panzyga	Inmunoglobulina IV (IVIG)	Inyección de 500 mg	J1576– se agrega autorización previa para el beneficio médico.
Prilosec	Omeprazol	Todas las concentraciones de los paquetes	Se agrega la terapia escalonada: debe ser incapaz de tragar, y debe probar paquetes de Nexium y Protonix durante un período de terapia de 4 semanas, o no poder tomar estos productos.

Privigen	Inmunoglobulina IV (IVIG)	Inyección de 500 mg	J1459– se agrega autorización previa para el beneficio médico.
	Rabeprazol	Cápsulas dispersables de 10 mg	Se agrega la terapia escalonada: debe ser incapaz de tragar, y debe probar paquetes de Nexium y Protonix durante un período de terapia de 4 semanas, o no poder tomar estos productos.
Tepezza	Teprotumumab-trbw	Inyección de 10 mg	J3241– se agrega autorización previa para el beneficio médico.
Uzedy	Risperidona	Inyección de 50 mg, 75 mg y 100 mg	Se agrega límite de cantidad de una inyección cada 28 días y límite de edad de 18 años o más.
Uzedy	Risperidona	Inyección de 125 mg, 150 mg, 200 mg 250 mg	Se agrega límite de cantidad de una inyección cada 56 días y límite de edad de 18 años o más.
Vabysmo	Faricimab-svoa	Inyección de 0.1 mg	J2777– se agrega autorización previa para el beneficio médico.

Vpriv	Velaglucerasa alfa	Inyección de 100 unidades	J3385– se agrega autorización previa para el beneficio médico.
Vraylar, kit inicial		1.52 mg – 3 mg	Se agrega límite de cantidad de un paquete por año.
Xembify	Inmunoglobulina SC (SCIG)	Inyección de 100 mg	J1558– se agrega autorización previa para el beneficio médico.
Zegerid	Omeprazol/Bicarbonato de sodio	40 mg - 1680 mg	Se agrega límite de edad de 18 años en adelante. Se agrega la terapia escalonada: debe ser incapaz de tragar, y debe probar paquetes de Nexium y Protonix durante un total de 4 semanas, o no poder tomar estos productos.
Zinplava	Bezlotoxumab	Inyección de 10 mg	J0565– se agrega autorización previa para el beneficio médico.
	Zolpidem	Cápsulas de 7.5 mg	Se agrega límite de cantidad de una cápsula por día.

### ¿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 algunas formas para que usted o la persona que le receta puedan encontrar los medicamentos:



- Puede buscar en nuestro sitio web: **CareSource.com**. En la página de "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 está abierto de lunes a viernes, de 8 a. m. a 8 p. m. hora del este.

Atentamente,

CareSource RxInnovations

RR2022-IN-MMED-1895-SP-V.3; Primer Uso: 1/17/2023

Aprobado por OMPP: 1/17/2023