



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 2025**

Estimado/a <padre, madre o tutor de> <FIRST\_NAME> <LAST\_NAME>:

Su atención médica es nuestra prioridad. Por ello, le escribimos para informarle que el 1 DE JULIO DE 2025 habrá cambios en la Lista de medicamentos preferidos (Preferred Drug List, 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 2025:**

**LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS SERÁN PREFERIDOS EN LA PDL A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2025.**

Nombre del producto	Dosis	Notas
Colestiramina Light (medicamento genérico de Questran Light®) en polvo para suspensión oral	4 g	Preferido sin criterios. Entró en vigor el 3/18/25.
Freestyle®, medidores de glucosa en sangre y tiras correspondientes	N/C	Entró en vigor el 5/1/25. Los productos True Metrix® también son preferidos.
Insulina lispro Kwikpen, Kwikpen Jr, frasco (medicamento genérico de Humalog®)	Todas	
Insulina lispro mix, lapicera, frasco (medicamento genérico de Humalog®)	Todas	
Journavx® comprimidos	50 mg	Preferido sin criterios. Entró en vigor el 2/10/25. <ul style="list-style-type: none"><li>Límite de cantidad aplicable en vigor a partir del 3/6/25.</li></ul>

Nombre del producto	Dosis	Notas
Ésteres etílicos de ácido omega 3, cápsulas (medicamento genérico de Lovaza®)	1 g	Se aplican los criterios. Entró en vigor el 5/2/25 (actualización).
Taltz®, autoinyector, jeringa	Todas	
Triamcinolona, tópico	0.1 %	Se aplica a envases de 15, 30 y 80 mg. Entró en vigor el 2/26/25 (actualización).
Trulicity®, lapicera inyectora	Todas	Se aplican los criterios. Entra en vigor el 1 de junio de 2025.
Xeljanz® Xeljanz XR, comprimidos	Todas	Se aplican los criterios

**LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS SERÁN NO PREFERIDOS EN LA PDL A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2025.**

Nombre del producto	Dosis	Notas
Apidra® Solostar, lapicera	Todas	
Apidra®, frasco	Todas	
Cozaar®, comprimidos	100 mg	Entró en vigor el 3/4/25.
Enspryng®, jeringa	Todas	
Humalog®, cartucho, Kwikpen, Kwikpen Jr, frasco	100 unidades/ml	
Humalog® Mix Kwikpen, frasco	75-25 ml, 50-50 ml	
Hidrocortisona, crema, tópico	1 %, 2.5 %	Se aplica al envase de 454 g. Entró en vigor el 5/8/25 (actualización).
Hyzaar®, comprimidos	100-12.5 mg, 100-25 mg	Entró en vigor el 3/4/25.
Levemir® FlexTouch, frasco	100 unidades/ml	Mientras el producto siga disponible.
Novolin® N, frasco	100 unidades/ml	
Novolin® R, frasco	100 unidades/ml	
Novolog®, cartucho, frasco	100 unidades/ml	
Novolog® Mix Flexpen, frasco	70-30 ml	
One Touch®, medidores de glucosa en sangre, tiras	N/C	Entró en vigor el 5/1/25. Los productos FreeStyle® y True Metrix® son preferidos.
Tracleer®, comprimidos para suspensión	32 mg	Entró en vigor el 5/7/25.
Triamcinolona, crema, tópico	0.025 %, 0.1 %	Se aplica al envase de 454 g. Entró en vigor el 5/1/25 (actualización).
VanaLice®, gel	N/C	Entró en vigor el 5/8/25 (actualización).
Zaditor®, gotas	0.025 % (0.035 %)	Entró en vigor el 5/9/25.

**LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS TIENEN UN CAMBIO EN LA AUTORIZACIÓN PREVIA/LOS CRITERIOS DE LA PDL EN VIGOR A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2025.**

Nombre del producto	Dosis	Notas
Accu-Chek® Fastclix, tambor de lancetas	N/C	Se actualizó el límite de cantidad. Entró en vigor el 3/14/25.
Actonel® y medicamento genérico de risedronato sódico, comprimidos	35 mg	Se actualizó el límite de cantidad. Entró en vigor el 4/23/25.
Adalimumab-aaty (CF) Crohn (Yuflyma®, biosimilar a Humira®)	80 mg	Se actualizó el límite de cantidad. Entró en vigor el 3/17/25.
Agamree®, suspensión oral	40 mg/ml	Se actualizó el límite de cantidad. Entró en vigor el 4/7/25.
Sulfato de albuterol, comprimidos	2 mg, 4 mg	Se actualizó el límite de cantidad. Entró en vigor el 4/8/25.
Auranofin/Ridaura®, cápsulas	3 mg	Se actualizó el límite de cantidad. Entró en vigor el 4/11/25.
Ayvakit®, comprimidos	25 mg, 50 mg	Se actualizó el límite de edad. Entró en vigor el 5/12/25.
Benlysta®, autoinyector, jeringa	200 mg/ml	Se actualizó el límite de cantidad. Entró en vigor el 3/14/25.
Bisoprolol (medicamento genérico de Zebeta®), comprimidos	2.5 mg	Se actualizó el límite de cantidad. Entró en vigor el 5/2/25.
Cabenuva®, frasco de suspensión de liberación prolongada	400-600 mg	Se actualizó el límite de cantidad. Entró en vigor el 4/8/25.
Cefazolina/Dextrosa, solución inyectable	3 g/50 ml	Se actualizó el límite de cantidad. Entró en vigor el 3/10/25.
Chenodal®, comprimidos	250 mg	Se actualizó el límite de cantidad. Entró en vigor el 3/17/25.
Ctexli®, comprimidos	250 mg	Se actualizó el límite de cantidad. Entró en vigor el 3/13/25.
Clobetasol (medicamento genérico de Impoyz®), crema tópica	0.025 %	Se actualizó el límite de cantidad. Entró en vigor el 2/10/25.
Crenessity®, solución	50 mg/ml	Se actualizó el límite de cantidad. Entró en vigor el 5/8/25.
D.H.E. 45® y ampolla genérica de dihidroergotamina	1 mg/ml	Se actualizó el límite de cantidad. Entró en vigor el 3/13/25.
Dificid®, comprimidos	200 mg	Se eliminó el límite de edad. Entró en vigor el 3/12/25.

Nombre del producto	Dosis	Notas
E.E.S <sup>®</sup> , polvo para suspensión oral	200 mg/5 ml	Se eliminó el límite de cantidad diario. Entró en vigor el 2/14/25.
Eryped <sup>®</sup> , polvo para suspensión oral	400 mg/5 ml	Se eliminó el límite de cantidad diario. Entró en vigor el 2/14/25.
Everolimus (medicamento genérico de Afinitor <sup>®</sup> ), comprimidos	10 mg	Se actualizó el límite de cantidad. Entró en vigor el 5/9/25.
Evrysdi <sup>®</sup> , comprimidos	5 mg	Se actualizó el límite de cantidad. Entró en vigor el 2/21/25.
Filsuvez <sup>®</sup> , gel	10 %	Se actualizó el límite de cantidad. Entró en vigor el 4/11/25.
Fintepla <sup>®</sup> , solución oral	2.2 mg/ml	Se actualizó el límite de cantidad. Entró en vigor el 3/5/25.
Focalin <sup>®</sup> XR, cápsulas	25 mg	Se actualizó el límite de edad. Entró en vigor el 1/31/25.
Cozaar <sup>®</sup> y medicamento genérico de losartán, comprimidos	100 mg	Se actualizó el límite de cantidad. Entró en vigor el 3/4/25.
Humira <sup>®</sup> , kit de lapicera inyectora	40 mg/0.8 ml	Se actualizó el límite de cantidad. Entró en vigor el 4/11/25.
Hidrocodona/acetaminofén (medicamento genérico de Norco <sup>®</sup> ), comprimidos	7.5-325 mg	Se actualizó el límite de edad. Entró en vigor el 2/1/25.
Hyzaar <sup>®</sup> y medicamento genérico de losartán/hidroclorotiazida, comprimidos	100-12.5 mg, 100-25 mg	Se actualizó el límite de cantidad. Entró en vigor el 3/4/25.
Inzirqo <sup>®</sup> , suspensión oral	10 mg/ml	Se actualizó el límite de edad. Entró en vigor el 3/10/25.
Iressa <sup>®</sup> , comprimidos	250 mg	Se actualizó el límite de cantidad. Entró en vigor el 5/9/25.
Ivermectina, comprimidos	6 mg	Se actualizó el límite de cantidad. Entró en vigor el 3/17/25.
Livmarli <sup>®</sup> , solución oral	9.5 mg/ml	Se actualizó el límite de cantidad. Entró en vigor el 5/12/25.
Livmarli <sup>®</sup> , solución oral	19 mg/ml	Se actualizó el límite de cantidad. Se eliminó el límite de edad. Entró en vigor el 5/12/25.
LoJaimiess <sup>®</sup> , comprimidos	0.1-0.02-0.01 mg	Se actualizó el límite de edad. Entró en vigor el 4/15/25.

Nombre del producto	Dosis	Notas
Memantina/donepezilo, liberación prolongada (ER) (medicamento genérico de Namzaric®), cápsulas	21-10 mg	Se actualizó el límite de cantidad (en vigor a partir del 2/14/25) y el límite de edad (en vigor a partir del 3/14/25).
Miglustat (marca Zavesca® y Yargesa®), cápsulas	100 mg	Se actualizó el límite de cantidad. Entró en vigor el 4/11/25.
Nebivolol (medicamento genérico de Bystolic®), comprimidos	2.5 mg, 5 mg, 10 mg	Se actualizó el límite de cantidad. Entró en vigor el 2/14/25.
Nuedexta®, cápsulas	20-10 mg	Se actualizó el límite de cantidad. Entró en vigor el 4/11/25.
Omvo® , lapicera inyectora, jeringa	300 mg/3 ml	Se actualizaron los límites de edad y de cantidad. Entraron en vigor el 2/19/25 y el 2/28/25.
Otulf® , jeringa	Todas	Se actualizó el límite de edad. Entró en vigor el 3/7/25.
Clorhidrato de oxicodona, liberación inmediata (IR), cápsulas	5 mg	Se actualizó el límite de edad. Entró en vigor el 5/5/25.
Clorhidrato de oxicodona, solución oral	5 mg/5 ml	Se actualizó el límite de cantidad. Entró en vigor el 2/28/25.
Oxicodona/acetaminofén (medicamento genérico de Percocet®), comprimidos	5-325 mg, 7.5-325 mg, 10-325 mg	Se actualizó el límite de edad. Entró en vigor el 2/1/25.
Paxlovid®, comprimidos	300/150-100 mg	Se actualizó el límite de cantidad. Entró en vigor el 5/2/25.
Pradaxa® y medicamento genérico de dabigatrán, cápsulas	110 mg	Se actualizó el límite de cantidad. Entró en vigor el 3/10/25.
Procysbi®, liberación retardada, gránulos en paquete	Todas	Se actualizó el límite de cantidad. Entró en vigor el 4/11/25.
Prolia®, jeringa	60 mg/ml	Se actualizó el límite de edad. Entró en vigor el 5/12/25.
Pyzchiva® (biosimilar a Stelara®), jeringa	45 mg/0.5 ml, 90 mg/ml	Se actualizó el límite de edad. Entró en vigor el 2/24/25.
Qfitlia®, lapicera	50 mg/0.5 ml	Se actualizaron los límites de edad y de cantidad. Entró en vigor el 3/28/25.
Qfitlia®, frasco	20 mg/0.2 ml	Se actualizaron los límites de edad y de cantidad. Entró en vigor el 3/28/25.
Raldesy®, solución oral	10 mg/ml	Se actualizó el límite de edad. Entró en vigor el 3/21/25.

Nombre del producto	Dosis	Notas
Romvimza®, cápsulas	14 mg, 20 mg, 30 mg	Se actualizó el límite de cantidad. Entró en vigor el 2/14/25. Límite de edad aplicable a la concentración de 14 mg. Entró en vigor el 3/14/25.
RoxyBond®, comprimidos	5 mg	Se eliminó el límite de cantidad. Entró en vigor el 3/27/25.
RoxyBond®, comprimidos	10 mg	Se actualizó el límite de cantidad. Entró en vigor el 3/27/25.
Rybelsus®, comprimidos	1.5 mg, 4 mg, 9 mg	Se actualizó el límite de cantidad. Entró en vigor el 2/14/25.
Rydapt®, cápsulas	25 mg	Se actualizó el límite de cantidad. Entró en vigor el 4/16/25.
Selarsdi®, jeringa	45 mg/0.5 ml, 90 mg/ml	Se actualizó el límite de edad. Entró en vigor el 2/28/25.
Serostim®, frasco	Todas	Se actualizó el límite de cantidad. Entró en vigor el 4/11/25.
Sevenfact®, frasco	2 mg	Se actualizó el límite de edad. Entró en vigor el 3/13/25.
Simlandi® (CF), autoinyector	80 mg/0.8 ml	Se actualizaron los límites de edad y de cantidad. Entró en vigor el 3/18/25.
Sublocade®, jeringa	300 mg/1.5 ml	Se actualizó el límite de cantidad. Entró en vigor el 2/28/25.
Sunlenca®, comprimidos	300 mg	Se actualizó el límite de cantidad. Entró en vigor el 4/11/25.
Tasigna®, cápsulas	150 mg, 200 mg	Se actualizó el límite de cantidad. Entró en vigor el 4/7/25.
Tezruly®, solución oral	1 mg/ml	Se actualizó el límite de edad. Entró en vigor el 4/3/25.
Clorhidrato de Tramadol (medicamento genérico de Qdolo®), solución oral	5 mg/ml	Se actualizaron los límites de edad y de cantidad. Entró en vigor el 3/27/25.
Tremfya®, lapicera	200 mg/2 ml	Se actualizó el límite de cantidad. Entró en vigor el 3/21/25.
Ustekinumab (biosimilar a Stelara®), frasco	45 mg/0.5 ml	Se actualizó el límite de edad. Entró en vigor el 5/2/25.
Ustekinumab-ttwe (biosimilar a Stelara®), jeringa	45 mg/0.5 ml, 90 mg/ml	Se actualizó el límite de edad. Entró en vigor el 4/14/25.
Valtoco®, aerosol nasal	10 mg	Se actualizó el límite de edad. Entró en vigor el 4/16/25.
Vanrafia®, comprimidos	0.75 mg	Se actualizó el límite de edad. Entró en vigor el 4/3/25, y el límite de cantidad entró en vigor el 4/11/25.

Nombre del producto	Dosis	Notas
Vraylar®, cápsulas	1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg	Se actualizó el límite de cantidad. Entró en vigor el 3/24/25.
Vyvgart Hytrulo®, jeringa, frasco	1,000 mg-10,000 U/5 ml	Se actualizaron los límites de edad y de cantidad. Entró en vigor el 4/10/25.
Xelria® Fe, comprimidos masticables	0.4-0.035 mg	Se actualizó el límite de edad. Entró en vigor el 4/15/25.
Xromi®, solución oral	100 mg/ml	Se actualizó el límite de edad. Entró en vigor el 2/20/25.
Zunveyi®, liberación retardada, comprimidos	10 mg	Se actualizaron los límites de edad y de cantidad. Entró en vigor el 3/7/25.

## RESUMEN DE CAMBIOS A PRODUCTOS QUE NO ESTÁN EN LA PDL DE MEDICAID DE ARKANSAS EN VIGOR A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2025.

### LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS TIENEN UN CAMBIO EN LA AUTORIZACIÓN PREVIA/LOS CRITERIOS EN VIGOR A PARTIR DEL 1 DE JULIO DE 2025.

Nombre del producto	Dosis	Notas
Abecma®	Todas	Beneficio médico con revisión de necesidad médica para el código de beneficio médico: Q2055.
Breyanzi®	Todas	Beneficio médico con revisión de necesidad médica para el código de beneficio médico: Q2054.
Carvykti®	Todas	Beneficio médico con revisión de necesidad médica para el código de beneficio médico: Q2056.
Photrex®	Todas	Beneficio médico con revisión de necesidad médica para el código de beneficio médico: J2787.
Tecartus®	Todas	Beneficio médico con revisión de necesidad médica para el código de beneficio médico: Q2053.

### ¿Qué debe hacer?

Primero, hable con la persona que le receta los medicamentos. 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”.
- Llame a Servicios para Afiliados al **1-833-230-2005** (TDD/TTY: 711).

Estamos aquí para ayudarle. El horario de atención de Servicios para Afiliados es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., hora central (CT).

Atentamente,  
CareSource PASSE