



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 enero de 2025.

Su atención médica es nuestra prioridad. Por ello, le escribimos para informarle que el 1 de enero de 2025 habrá cambios en la Lista de medicamentos preferidos (PDL) de Medicaid de Arkansas y en la administración de productos que no están en la PDL de Medicaid de Arkansas de parte de CareSource PASSE. 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 ENERO DE 2025:

LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS SERÁN PREFERIDOS EN LA PDL EN VIGOR A PARTIR DEL 1 DE ENERO DE 2025.

| Nombre del producto | Dosis | Notas |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| MYRBETRIQ®, COMPRIMIDO DE LIBERACIÓN PROLONGADA | TODAS | |
| OLANZAPINA/FLUOXETINA (GENÉRICO DE SYMBYAX®), CÁPSULA | TODAS | Se aplican los criterios |
| OMNIPOD 5® | G6/LIBRE 2 PLUS, INTRO G6/LIBRE 2 PLUS | Actualizado a preferido – Entró en vigor el 10/4/24; Se actualiza el límite de cantidad para OMNIPOD 5 INTRO (G6/LIBRE 2 PLUS) - Entró en vigor el 8/16/24 |
| PERFECT POINT®, LANCETA DE SEGURIDAD | 28 G, 30 G | Entró en vigor el 8/16/24 |
| QULIPTA®, COMPRIMIDO | TODAS | Se aplican los criterios |
| UZEDY ER®, JERINGA | TODAS | Se aplican los criterios |
| VRAYLAR®, CÁPSULA | TODAS | Se aplican los criterios |

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

| Nombre del producto | Dosis | Notas |
|------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------|
| ALOPURINOL (GENÉRICO DE ZYLOPRIM®), COMPRIMIDO | 200 MG | Entró en vigor el 9/4/24 |
| CELEBREX®, CÁPSULA | 50 MG, 200 MG, 400 MG | Entró en vigor el 9/27/24 |
| COSOPT®, GOTAS OFTÁLMICAS | 22.3 MG-6.8 MG/ML | Entró en vigor el 9/27/24 |

| Nombre del producto | Dosis | Notas |
|--------------------------------------------------------------------|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| COZAAR [®] , COMPRIMIDO | 25 MG, 50 MG | Actualizado a no preferido - Comprimido de 25 mg - Entró en vigor el 9/13/24; 50 MG - Entró en vigor el 10/16/24 |
| HIDROCORTISONA, CREMA | 1% (453.6 G) | Entró en vigor el 11/13/24 |
| HYZAAR [®] , COMPRIMIDO | 50-12.5 MG | Entró en vigor el 10/16/24 |
| LIPITOR [®] , COMPRIMIDO | TODAS | Entró en vigor el 9/13/24 |
| MAXITROL [®] , GOTAS OFTÁLMICAS | 0.1 % | Entró en vigor el 9/27/24 |
| NORVASC [®] , COMPRIMIDO | 10 MG | Entró en vigor el 9/13/24 |
| OXCARBAZEPINA (GENÉRICO DE TRILEPTAL [®]), SUSPENSIÓN | 300 MG/5 ML | Entró en vigor el 12/1/24 |
| SEROQUEL [®] , COMPRIMIDO | TODAS | Entró en vigor el 9/27/24 |
| TENORETIC [®] , COMPRIMIDO | TODAS | Entró en vigor el 9/16/24 |

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

| Nombre del producto | Dosis | Notas |
|-----------------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------------------------------------------|
| ADALIMUMAB-AACF (CF), KIT DE LAPICERA INYECTABLE DE CROHN | 40 MG/0.8 ML | Se actualiza el límite de cantidad; Entró en vigor el 9/10/24 |
| AUGTYRO [®] , CÁPSULA | 160 MG | Se actualiza el límite de edad y cantidad; Entró en vigor el 11/1/24 |
| COBENFY [®] , CÁPSULA | 100 MG-20 MG | Se actualiza el límite de cantidad; Entró en vigor el 9/27/24 |
| CREXONT [®] , CÁPSULA DE LIBERACIÓN PROLONGADA | TODAS | Se actualiza el límite de cantidad; Entró en vigor el 8/14/24 |
| EBGLYSS [®] , LAPICERA INYECTORA | 250 MG/2 ML | Se actualiza el límite de edad; Entró en vigor el 8/14/24 |
| ERZOFRI [®] , JERINGA | TODAS | Se actualiza el límite de edad; Entró en vigor el 10/24/24 |
| ESTRADIOL GEL (GENÉRICO DE ESTROGEL [®]), BOMBA | 0.06 % | Se actualiza el límite de edad; Entró en vigor el 10/23/24 |
| FEMLYV [®] , COMPRIMIDO DE DISOLUCIÓN ORAL | 1 MG-0.02 MG | Se actualiza el límite de edad y cantidad; Entró en vigor el 9/11/24 |
| FRAICHE [®] 5000, GEL ODONTOLÓGICO | 1.1 % | Se elimina el límite de cantidad; Entró en vigor el 8/12/24 |
| GRASTEK [®] , COMPRIMIDO DE LIBERACIÓN LENTA | 2,800 BAU | Se actualiza el límite de cantidad; Entró en vigor el 9/20/24 |

| Nombre del producto | Dosis | Notas |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| HIDROCODONA-ACETAMINOFENO, SOLUCIÓN ORAL | 10-325 MG/15 ML | Se actualiza el límite de cantidad; Entró en vigor el 8/22/24 |
| LAZCLUZE®, COMPRIMIDO | TODAS | Se actualiza el límite de cantidad; Entró en vigor el 8/24/24 |
| NALOXONA, FRASCO | 0.4 MG/ML | Se actualiza el límite de edad; Entró en vigor el 9/23/24 |
| NISTATINA (GENÉRICO DE NYSTOP®), EN POLVO | 100,000 UNIDADES/G | Se actualiza el límite de cantidad; Entró en vigor el 10/2/24 |
| OFLOXACINA (GENÉRICO DE OCUFLOX®), GOTAS OFTÁLMICAS | 0.3 % | Se actualiza el límite de cantidad; Entró en vigor el 11/6/24 |
| ONYDA®, SUSPENSIÓN DE LIBERACIÓN EXTENDIDA | 0.1 MG/ML | Se actualiza el límite de cantidad; Entró en vigor el 8/23/24 |
| ORALAIR®, COMPRIMIDO SUBLINGUAL | 300 IR | Se actualiza el límite de cantidad; Entró en vigor el 7/17/24 |
| OTEZLA®, ENVASE DOSIFICADOR, COMPRIMIDO | 10-20-30 MG, 30 MG | Se actualiza el límite de edad; Entró en vigor el 9/6/24 |
| CLORHIDRATO DE OXICODONA IR (GENÉRICO DE ROXICODONA®), COMPRIMIDO | 5 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG | Se actualizan los criterios; Entró en vigor el 9/20/24 |
| PENCICLOVIR (GENÉRICO DE DENAVIR®), CREMA | 1 % | Se actualiza a requerimiento de autorización previa. Entró en vigor el 11/5/24 |
| PENICILINA G (GENÉRICO DE BICILLIN L-A®), JERINGA | 1.2 MILLONES/UNIDAD/2 ML | Se actualiza el límite de cantidad; Entró en vigor el 9/13/24 |
| RAGWITEK®, COMPRIMIDO SUBLINGUAL | 12 UNIDADES | Se actualiza el límite de cantidad; Entró en vigor el 9/20/24 |
| TWIIST®, KIT DE RESURTIDO | N/C | Se actualiza el límite de cantidad; Entró en vigor el 7/3/24 |
| VOYDEYA®, COMPRIMIDO | TODAS | Se actualiza el límite de cantidad; Entró en vigor el 7/17/24 |

| Nombre del producto | Dosis | Notas |
|--------------------------------------------------------|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| WINREVAIR®, KIT | TODAS | Se actualiza el límite de cantidad; Entró en vigor el 10/16/24 |
| YORVIPATH®, LAPICERA | TODAS | Se actualiza el límite de cantidad; entró en vigor el 9/9/24; Se actualizan los criterios; entró en vigor el 9/20/24 |
| ZITUVIMET®, COMPRIMIDO DE COMPRIMIDO | 100-1,000 MG, 50-1,000 MG | Se actualiza el límite de cantidad; Entró en vigor el 10/14/24 |
| TARTRATO DE ZOLPIDEM (GENÉRICO DE AMBIEN®), COMPRIMIDO | 5 MG, 10 MG | Se actualiza el límite de cantidad; Entró en vigor el 8/30/24 |

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

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

| Nombre del producto | Dosis | Notas |
|---------------------|--------------|----------------------------------------------------------------------------|
| KISUNLA®, FRASCO | 350 MG/20 ML | Se requiere autorización previa para el beneficio médico con código: J0175 |
| PIASKY®, FRASCO | 340 MG/2 ML | Se requiere autorización previa para el beneficio médico |

¿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