



04/01/2020

Asunto: Resumen de cambios en la PDL a partir del April 1, 2020

Estimado afiliado a CareSource:

Su atención médica es nuestra prioridad. Por eso, le escribimos para informarle que la Lista de medicamentos preferidos (Preferred Drug List, PDL) de CareSource cambiará el April 1, 2020. Una PDL es una lista de medicamentos preferidos.

LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS SERÁN PREFERIDOS EN LA PDL A PARTIR DEL APRIL 1, 2020.

Nombre de marca	Nombre genérico	Dosis
Trelegy Ellipta	Fluticasone-Umeclidinium-Vilanterol	100-62.5-25 mcg/inhalation
Symfi Lo	Efavirenz-Lamivudine-Tenofir Disoproxil Fumarate	400-300-300 mg

LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS SERÁN NO PREFERIDOS EN LA PDL A PARTIR DEL APRIL 1, 2020.

Nombre de marca	Nombre genérico	Dosis
Aemcolo	Rifamycin	194 mg
Diacomit	Stiripentol	250 mg, 500 mg
Xenleta	Lefamulin	600 mg
Balversa	Erdafitinib	3 mg, 4 mg, 5 mg
Piqray	Alpelisib	150 mg, 200 mg, 200 & 50 mg (Pack)
Gamifant	Emapalumab-LZSG	50 mg/mL
Rinvoq	Upadacitinib	15 mg
Trikafta	Elexacaftor/Tezacafto r/ Ivacaftor	100-50-75 mg & 150 mg
Triptodur	Triptorelin	22.5 mg
Vumerity	Diroximel Fumarate	231 mg
Inflectra	Infliximab-DYYB	100 mg
Nivestym	Filgrastim-AAFI	300 mg /0.5 mL, 480 mg/0.8 mL, 300 mg/mL, 480 mg/1.6 mL
Renflexis	Infliximab-ABDA	100 mg
Retacrit	Epoetin Alfa-EPBX	2,000 units/mL, 3,000 units/mL, 4,000 units/mL, 10,000 units/mL, 40,000 units/mL
Udenyca	Pegfilgrastim-CBQV	6 mg/0.06 mL
Jornay PM	Methylphenidate	20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg, 100 mg
Ruzurgi	Amifampridine	10 mg

LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS TIENEN UN CAMBIO DE ESTADO A PARTIR DEL APRIL 1, 2020.

Nombre de marca	Nombre genérico	Dosis	Notas
Tybost	Cobicistat	150 mg	Non-preferred but will NOT require a prior authorization
Dovato	Dolutegravir/Lamivudine	50-300 mg	Non-preferred but will NOT require a prior authorization
Delstrigo	Doravirine/Lamivudine/Tenovir Disoproxil Fumarate	100-300-300 mg	Non-preferred but will NOT require a prior authorization
Ziagen	Abacavir	300 mg, 20 mg/mL	Non-preferred but will NOT require a prior authorization
Viadex EC Videx	Didanosine	125 mg, 250 mg, 400 mg, 2 GM	Non-preferred but will NOT require a prior authorization
Emtriva	Emtricitabine	200 mg, 10 mg/mL	Non-preferred but will NOT require a prior authorization
Zerit	Stavudine	15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	Non-preferred but will NOT require a prior authorization
Rescriptor	Delavirdine	200 mg	Non-preferred but will NOT require a prior authorization
Pifeltro	Doravirine	100 mg	Non-preferred but will NOT require a prior authorization
Sustiva	Efavirenz	600 mg, 50 mg, 200 mg	Non-preferred but will NOT require a prior authorization
Intelence	Etravirine	25 mg, 100 mg, 200 mg	Non-preferred but will NOT require a prior authorization
Viramune Viramune XR	Nevirapine	200 mg, 400 mg ER, 50 mg/5 mL	Non-preferred but will NOT require a prior authorization
Edurant	Rilpivirine	25 mg	Non-preferred but will NOT require a prior authorization
Lexiva	Fosamprenavir	700 mg, 50 mg/mL	Non-preferred but will NOT require a prior authorization
Crixivan	Indinavir	200 mg, 400 mg	Non-preferred but will NOT require a prior authorization
Kaletra	Lopinavir/Ritonavir	100-25 mg, 200-50 mg, 400-100 mg/5 mL	Non-preferred but will NOT require a prior authorization
Viracept	Nelfinavir	250 mg, 625 mg	Non-preferred but will NOT require a prior authorization
Invirase	Saquinavir	500 mg, 200 mg	Non-preferred but will NOT require a prior authorization
Aptivus	Tipranavir	100 mg/mL, 250 mg	Non-preferred but will NOT require a prior authorization
Selzentry	Maraviroc	150 mg, 300 mg, 20 mg/mL	Non-preferred but will NOT require a prior authorization
Tivicay	Dolutegravir	10 mg, 25 mg, 50 mg	Non-preferred but will NOT require a prior authorization
Juluca	Dolutegravir/Rilpivirine	50-25 mg	Non-preferred but will NOT require a prior authorization
Combivir	Lamivudine/Zidovudine	150-300 mg	Non-preferred but will NOT require



			a prior authorization
Trizivir	Abacavir/Lamivudine/ Zidovudine	300-15-300 mg	Non-preferred but will NOT require a prior authorization
Atripla	Efavirenz/Emtricitabine/ Tenovir Disoproxil Fumarate	600-200-300 mg	Non-preferred but will NOT require a prior authorization
Odefsey	Emtricitabine/Rilpivirine/ Tenofovir Alafenamide	200-25-25 mg	Non-preferred but will NOT require a prior authorization
Complera	Emtricitabine/Rilpivirine/ Tenofovir Disoproxil Fumarate	200-25-300 mg	Non-preferred but will NOT require a prior authorization Non-preferred but will NOT a prior authorization
Evotaz	Atazanavir/Cobicistat	300-150 mg	Non-preferred but will NOT require a prior authorization
Prezcobix	Darunavir/Cobicistat	800-150 mg	Non-preferred but will NOT require a prior authorization
Symtuza	Darunavir/Cobicistat/ Emtricitabine	800-150-200-10 mg	Non-preferred but will NOT require a prior authorization
Stribild	Elvitegravir/Cobicistat/ Emtricitabine/Tenofovir Alafenamide	150-150-200-300 mg	Non-preferred but will NOT require a prior authorization

¿Qué debe hacer?

En primer lugar, hable con su proveedor de atención médica. Es posible que haya otros medicamentos en la PDL de CareSource que usted pueda usar en su lugar. Hay varias formas para que usted o la persona que se los receta puedan encontrar medicamentos:

- Puede buscar en nuestro sitio web, en **CareSource.com**. En la página “Members” (Afiliados), vaya a “Tools & Resources” (Herramientas y Recursos) y haga clic en “Find My Prescriptions” (Encontrar mis medicamentos con receta).
- O llame a nuestro 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,

Departamento de Farmacia de CareSource

CareSource cumple las leyes sobre derecho civil estatales y federales y no discrimina por motivos de edad, sexo, identidad de género, color, raza, incapacidad, origen nacional, estado civil, preferencia sexual, filiación religiosa, estado de salud o estado de asistencia pública.

Si usted o alguien a quien ayuda tienen preguntas sobre CareSource, tiene derecho a recibir esta información y ayuda en su propio idioma sin costo. Para hablar con un intérprete, Por favor, 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-2705-V.6
File and Use: 07/23/2019