

Peach State Health Plan

Actualizaciones de la Lista de medicamentos preferidos (PDL): T3 de 2026

Peach State Health Plan revisa los medicamentos de la Lista de medicamentos preferidos (PDL) cada tres meses. Los medicamentos se agregan, retiran o cambian debido a los estándares de la industria, la disponibilidad o la cantidad que se utiliza. A continuación, se muestran los cambios en la PDL este trimestre. Se prefieren los productos genéricos.

Nombre del medicamento	Actualización	Avisos
ADEK THE ESSENTIALS PLUS ZINC GUMMIES	AGREGAR	Agregar a la PDL
BILDYOS (jeringa precargada de denosumab genérica 60 mg/ml) Biosimilar PROLIA	AGREGAR	Agregar a la PDL; se requiere PA; QL 1 por 180 días
ENOBY (jeringa precargada de denosumab genérica 60 mg/ml) Biosimilar PROLIA	AGREGAR	Agregar a la PDL; se requiere PA; QL 1 por 180 días
ERZOFRI (jeringa precargada genérica de palmitato de paliperidona ER 351 mg/2.25 mL)	AGREGAR	Agregar a la PDL; se requiere PA
BLINCYTO (infusión de blinatumomab genérico 35 mcg)	ELIMINAR	Requiere PA
CHEMET (cápsula genérica de Succimer 100 mg)	ELIMINAR	Requiere PA
EPIDIOLEX (Cannabidiol genérico 100 mg/mL)	ELIMINAR	Requiere PA
GAMMAGARD (Inmunoglobulina genérica 30 g/300 mL)	ELIMINAR	Requiere PA
GAMMAGARD S/D (Inmunoglobulina genérica 5 g; inmunoglobulina 10 g)	ELIMINAR	Requiere PA
GAMMAGARD, GAMMAKED, GAMUNEX-C (Inmunoglobulina genérica 1 g/10 mL; Inmunoglobulina 2.5 g/25 mL; Inmunoglobulina 5 g/50 mL; Inmunoglobulina 10 g/100 mL; Inmunoglobulina 20 g/200 mL; Inmunoglobulina 40 g/400 mL)	ELIMINAR	Requiere PA

Clave: PDL=Lista de medicamentos preferidos PA=Autorización previa AL=Límite de edad QL=Límite de cantidad ST=Terapia escalonada MDS=Suministro máximo de días

**Actualizaciones a la Lista de medicamentos preferidos (PDL):
3.º trimestre de 2026**

Nombre del medicamento	Actualización	Avisos
HEMLIBRA (Emicizumab-kxwh genérico 30 mg/mL; Emicizumab-kxwh 60 mg/0.4 mL (150 mg/mL); Emicizumab-kxwh 105 mg/0.7 mL (150 mg/mL); Emicizumab-kxwh 150 mg/mL)	ELIMINAR	Requiere PA
IBRANCE (cápsula genérica de Palbociclib 100 mg; Palbociclib, cápsula, 125 mg; Palbociclib, tableta, 75 mg; Palbociclib, tableta, 100 mg; Palbociclib, tableta, 125 mg)	ELIMINAR	Requiere PA
IDELVION (factor de coagulación IX (recombinante) (rIX-FP) genérico, 250 unidades)	ELIMINAR	Requiere PA
ILARIS (canakinumab genérico 150 mg/mL)	ELIMINAR	Requiere PA
KISQALI (ribociclib genérico, tableta, 200 mg, dosis diaria; Ribociclib, tableta, dosis diaria de 400 mg; Ribociclib, tableta, dosis diaria de 600 mg)	ELIMINAR	Requiere PA
KISQALI FEMARA (dosis genérica de ribociclib de 200 mg y paquete de letrozol de 2.5 mg; Paquete de ribociclib de 400 mg y letrozol de 2.5 mg; Paquete de ribociclib de 600 mg y letrozol de 2.5 mg)	ELIMINAR	Requiere PA
KOSELUGO (cápsulas genéricas de selumetinib 10 mg; Selumetinib, cápsulas de 25 mg)	ELIMINAR	Requiere PA
NAGLAZYME (galsulfasa genérica 1 mg/ml)	ELIMINAR	Requiere PA
NEXVIAZYME (avalglucosidasa alfa-ngpt genérica 100 mg)	ELIMINAR	Requiere PA
NOVOSEVEN RT (factor de coagulación VIIa genérico (recombinante) 1 mg; Factor de coagulación VIIa (recombinante) 2 mg; Factor de coagulación VIIa (recombinante) 5 mg; Factor de coagulación VIIa (recombinante) 8 mg)	ELIMINAR	Requiere PA
OXLUMO (lumasiran genérico 94.5 mg/0.5 mL)	ELIMINAR	Requiere PA

Clave: PDL=Lista de medicamentos preferidos PA=Autorización previa AL=Límite de edad QL=Límite de cantidad ST=Terapia
escalonada MDS=Suministro máximo de días

Basado en el 3.er trimestre de 2026 P&T

Página 2 de 3

**Actualizaciones a la Lista de medicamentos preferidos (PDL):
3.º trimestre de 2026**



Nombre del medicamento	Actualización	Avisos
PROLIA (jeringa precargada de denosumab genérica 60 mg/ml)	ELIMINAR	Requiere PA
SCEMBLIX (tableta genérica de asciminib 20 mg; Asciminib, tableta 40 mg; Asciminib, tableta 100 mg)	ELIMINAR	Requiere PA
STRENSIQ (asfotasa alfa genérica 18 mg/0.45 mL; Asfotasa alfa 28 mg/0.7 mL; Asfotasa alfa 40 mg/mL; Asfotasa alfa 80 mg/0.8 mL)	ELIMINAR	Requiere PA
TALTZ (autoinyector de ixekizumab genérico 80 mg/mL; Ixekizumab jeringa precargada 20 mg/0.25 mL; Ixekizumab jeringa precargada 40 mg/0.5 mL; Ixekizumab jeringa precargada 80 mg/mL)	ELIMINAR	Requiere PA
TRIKAFTA (Elexacaf-Tezacaf-Ivacaf genérico paquete de 50-25-37.5 mg & Ivacaftor 75 mg; Elexacaf-Tezacaf-Ivacaf 100-50-75 mg & Ivacaftor paquete de 150 mg)	ELIMINAR	Requiere PA
VERZENIO (comprimido genérico de abemaciclib 50 mg; Abemaciclib tableta 100 mg; Abemaciclib tableta 150 mg; Abemaciclib, tableta de 200 mg)	ELIMINAR	Requiere PA
VIMIZIM (Elosulfase alfa genérica 5 mg/5 mL)	ELIMINAR	Requiere PA
ZAVESCA (cápsula genérica de miglustat 100 mg)	ELIMINAR	Requiere PA
ZOLGENSMA (Onasemnogene abeparvovec-xioi genérico; Todas las concentraciones)	ELIMINAR	Requiere PA

*Para obtener una copia de la lista de medicamentos preferidos (PDL), puede llamar a Servicios al Miembro al 1-800-704-1484 (TTY/TTD 1-800-255-0056) o visitar el sitio web de Peach State Health Plan en www.pshp.com.
Para obtener más información sobre estos programas, visite nuestro sitio web en www.pshp.com, o consulte el manual del miembro de Peach State Health Plan.*