

Fecha de entrada en vigor: 25 de marzo de 2024



# Actualizaciones a la Lista de medicamentos preferidos de Peach State Health Plan: 1<sup>er</sup> trimestre de 2024

Cada tres meses, Peach State Health Plan examina los medicamentos incluidos en la Lista de medicamentos preferidos (Preferred Drug List; PDL). Algunos medicamentos se añaden, otros se eliminan o se cambian debido a las normas de la industria, su disponibilidad y las cantidades utilizadas. A continuación, se indican los cambios realizados a la PDL este trimestre. Los productos genéricos son medicamentos preferidos.

Nombre del medicamento	Actualización	Notas
Inyección de Adalimumab-adbm (CYLTEZO sin marca /biosimilar HUMIRA) [Adalimumab-adbm Injection (unbranded CYLTEZO/biosimilar HUMIRA)]	SE AÑADE	Añadir a la PDL; se requiere Autorización previa (PA, por sus siglas en inglés)
Comprimidos de 2.5 mg de Saxagliptin (ONGLYZA genérico) [Saxagliptin 2.5mg Tablets (generic ONGLYZA)]	SE AÑADE	Añadir a la PDL; QL = 1 comprimido/día
Comprimidos de 5 mg de Saxagliptin (ONGLYZA genérico) [Saxagliptin 5mg Tablets (generic ONGLYZA)]	SE AÑADE	Añadir a la PDL; QL = 1 comprimido/día
Bromuro de tiotropio en polvo 18 mcg (microgramos) (genérico SPIRIVA HANDIHALER) [Tiotropium Bromide 18mcg Powder (generic SPIRIVA HANDIHALER)]	SE AÑADE	
ADLYXIN de 20 mcg (Inyección de Lixisenatide) [ADLYXIN 20mcg (Lixisenatide Injection)]	SE ELIMINA	Use el producto preferido: como Bydureon Bcise (se requiere Autorización previa)
PAQUETE INICIAL DE ADLYXIN de 10 mcg y 20 mcg (Inyección de Lixisenatide) [ADLYXIN STARTER PACK 10mcg & 20mcg (Lixisenatide Injection)]	SE ELIMINA	Use el producto preferido: como Bydureon Bcise (se requiere Autorización previa)
PLUMA/jeringa precargada con 150 mg de KEVZARA (inyección de Sarilumab) [KEVZARA 150mg PEN/Prefilled Syringe (Sarilumab Injection)]	SE ELIMINA	Use el producto preferido: como Actemra (se requiere Autorización previa)
PLUMA/jeringa precargada con 200 mg de KEVZARA (inyección de Sarilumab) [KEVZARA 200mg PEN/Prefilled Syringe (Sarilumab Injection)]	SE ELIMINA	Use el producto preferido: como Actemra (se requiere Autorización previa)

Nombre del medicamento	Actualización	Notas
OLUMIANTE de 1 mg (comprimidos de Baricitinib) [OLUMIANT 1mg (Baricitinib tablet)]	SE ELIMINA	Use el producto preferido: como Xeljanz (se requiere Autorización previa)
OLUMIANTE de 2 mg (comprimidos de Baricitinib) [OLUMIANT 2mg (Baricitinib tablet)]	SE ELIMINA	Use el producto preferido: como Xeljanz (se requiere Autorización previa)
OLUMIANTE de 4 mg (comprimidos de Baricitinib) [OLUMIANT 4mg (Baricitinib tablet)]	SE ELIMINA	Use el producto preferido: como Xeljanz (se requiere Autorización previa)

*Para obtener una copia de la lista de medicamentos preferidos (preferred drug list; PDL), puede llamar a Servicios para los Afiliados al 1-800-704-1484 (TTY/TTD 1-800-255-0056) o visitar el sitio de Internet de Peach State Health Plan en [www.pshp.com](http://www.pshp.com)*

*Para obtener más información sobre estos programas, por favor visite nuestro sitio de Internet en [www.pshp.com](http://www.pshp.com), o consulte el manual de afiliados de Peach State Health Plan.*