

Fecha de entrada en vigor: 25 de marzo de 2019



# Actualizaciones a la Lista de medicamentos preferidos de Peach State Health Plan: 1<sup>er</sup> trimestre de 2019

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 indica los cambios realizados a la PDL este trimestre.

Nombre del medicamento	Ingredientes	Forma de administración	Potencia	ACTUALIZACIÓN	Notas
Buprenorphine/ Naloxone	Buprenorphine HCl- Naloxone HCl	Comprimido sublingual	2-0.5 MG; 8-2 MG	SE AÑADE	Añadir a la PDL; QL = 3 comprimidos/día
Cholecalciferol	Cholecalciferol	Gotas orales	5000 Unidades/ml (1000 Unidades/0.2ml)	SE AÑADE	Añadir a la PDL; AL = 6 meses hasta 1 año de edad
Cholecalciferol	Cholecalciferol	Gotas orales	400 Unidades/0.028 ml (por gota)	SE AÑADE	Añadir a la PDL; AL = menos de 6 meses de edad
Cholecalciferol	Cholecalciferol	Líquido oral	400 Unidades/ml	SE AÑADE	Añadir a la PDL
COPIKTRA	Duvelisib	Cápsula	15 MG; 25 MG	SE AÑADE	Añadir a la PDL; Se requiere autorización previa
DELSTRIGO	Doravirine- Lamivudine- Tenofovir DF	Tableta	100-300-300 MG	SE AÑADE	Añadir a la PDL; ST = Trate primero con Symfi ; QL = 1 tableta/día
Ergocalciferol	Ergocalciferol	Solución oral	8000 UI/ml	SE AÑADE	Añadir a la PDL
GALAFOLD	Migalastat HCl	Cápsula	123 MG	SE AÑADE	Añadir a la PDL; Se requiere autorización previa; QL = 1 cápsula cada dos días (0.5/día)
NUPLAZID	Pimavanserin Tartrate	Cápsula	34 MG	SE AÑADE	Añadir a la PDL; Se requiere autorización previa; QL = 1 tableta/día

**Actualizaciones a la Lista de medicamentos preferidos (PDL) -  
1er trimestre de 2019**



Nombre del medicamento	Ingredientes	Forma de administración	Potencia	ACTUALIZACIÓN	Notas
NUPLAZID	Pimavanserin Tartrate	Tableta	10 MG	SE AÑADE	Añadir a la PDL; Se requiere autorización previa; QL = 1 tableta/día
OLUMIANT	Baricitinib	Tableta	2 MG	SE AÑADE	Añadir a la PDL; Se requiere autorización previa
ORLISSA	Elagolix Sodium	Tableta	150 MG; 200 MG	SE AÑADE	Añadir a la PDL; Se requiere autorización previa
PALYNZIQ	Pegvaliase-pqpz	Solución subcutánea; en jeringa precargada	2.5 MG/0.5ML; 10 MG/0.5ML; 20 MG/ML	SE AÑADE	Añadir a la PDL; Se requiere autorización previa
SIKLOS	Hydroxyurea	Tableta	100 MG	SE AÑADE	Añadir a la PDL; Se requiere autorización previa (Trate primero con hidroxurea genérica)
SYMTUZA	Darunavir-Cobic-Emtricitab-Tenofovir AF	Tableta	800-150-200-10 MG	SE AÑADE	Añadir a la PDL; ST = Trate primero con Symfi; QL = 1 tableta/día
TIBSOVO	Ivosidenib	Tableta	250 MG	SE AÑADE	Añadir a la PDL; Se requiere autorización previa
YONSA	Abiraterone Acetate	Tableta	125 MG	SE AÑADE	Añadir a la PDL; 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.*