

Fecha de entrada en vigor: 1 de septiembre de 2025



Actualizaciones a la Lista de medicamentos preferidos de Peach State Health Plan: 3^{er} trimestre de 2025

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
Tiras reactivas y suministros ACCU-CHECK [ACCU-CHECK Test Strips & Supplies]	SE AÑADE	Añadir a la PDL
Kit para auto inyector de adalimumab-aaty de 80 MG/0.8 ML (YUFLYMA genérico); Biosimilar de HUMIRA [Adalimumab-aaty Auto-injector Kit 80 MG/0.8ML (generic YUFLYMA); Biosimilar HUMIRA]	SE AÑADE	Añadir a la PDL; Se requiere Autorización previa (PA, por sus siglas en inglés)
Kit para auto inyector de adalimumab-aaty de 80 MG/0.8 ML (YUFLYMA genérico); Biosimilar de HUMIRA [Adalimumab-aaty Auto-injector Kit 80 MG/0.8ML (generic YUFLYMA); Biosimilar HUMIRA]	SE AÑADE	Añadir a la PDL; Se requiere Autorización previa (PA, por sus siglas en inglés)
Adalimumab-ryvk para auto inyector de 40 MG (SIMLANDI genérico); Biosimilar de HUMIRA [Adalimumab-ryvk Auto-injector 40 MG (generic SIMLANDI); Biosimilar HUMIRA]	SE AÑADE	Añadir a la PDL; Se requiere Autorización previa (PA, por sus siglas en inglés)
Bevacizumab para inyección intravítrea de 2.25 MG /0.09 ML [Becavizumab Intravitreal Syringe 2.25 MG/0.09ML]	SE AÑADE	Añadir a la PDL; Se requiere Autorización previa (PA, por sus siglas en inglés)
Comprimido de fumarato de bisoprolol de 2.5 MG [Bisoprolol Fumarate Tablet 2.5 MG]	SE AÑADE	Añadir a la PDL; QL = 1/día
Comprimido de diflunisal (DOLOBID genérico de 375 MG) [Diflunisal Tablet (generic DOLOBID 375 MG)]	SE AÑADE	Añadir a la PDL

Nombre del medicamento	Actualización	Notas
Agujas para pluma EMBECTA Aguja para pluma de insulina de 31 G x 5 mm (3/16") Aguja para pluma de insulina de 32 G x 4 mm (5/32") Aguja para pluma de insulina de 31 G x 8 mm (1/3" o 5/16") Aguja para pluma de insulina de 32 G x 4 mm (5/32") Aguja para pluma de insulina de 32 G x 6 mm (1/4") Aguja para pluma de insulina de 30 G x 5 mm (1/5" o 3/16") Aguja para pluma de insulina de 29 G x 12.7 mm [EMBECTA Pen Needles Insulin Pen Needle 31 G X 5 MM (3/16") Insulin Pen Needle 32 G X 4 MM (5/32") Insulin Pen Needle 31 G X 8 MM (1/3" or 5/16") Insulin Pen Needle 32 G X 4 MM (5/32") Insulin Pen Needle 32 G X 6 MM (1/4") Insulin Pen Needle 30 G X 5 MM (1/5" or 3/16") Insulin Pen Needle 29 G X 12.7 MM]	SE AÑADE	Añadir a la PDL
Solución de exenatida en pluma para inyección (BYETTA genérico de 5 MCG/0.02 ML; 10 MCG/0.04 ML) [Exenatide Soln Pen-injector (generic BYETTA 5 MCG/0.02ML; 10 MCG/0.04ML)]	SE AÑADE	Añadir a la PDL; AL = 18 años o más; QL = 2x/día
Comprimido de fumarato de fesoterodina (TOVIAZ genérico de liberación lenta de 4 MG; TOVIAZ de liberación lenta de 8 MG) [Fesoterodine Fumarate Tablet (generic TOVIAZ ER 4 MG; TOVIAZ ER ER 8 MG)]	SE AÑADE	Añadir a la PDL; QL = 1/día
OTULFI (Ustekinumab-aaaz en inyección de 45 MG/0.5 ML; Ustekinumab-aaaz en inyección de 90 MG/ML; Ustekinumab-aaaz para inyección intravenosa de 130 MG/26 ML); Biosimilar STELARA [OTULFI (Ustekinumab-aaaz Syringe 45 MG/0.5ML; Ustekinumab-aaaz Syringe 90 MG/ML; Ustekinumab-aaaz IV 130 MG/26ML); Biosimilar STELARA]	SE AÑADE	Añadir a la PDL; Se requiere Autorización previa (PA, por sus siglas en inglés)

Nombre del medicamento	Actualización	Notas
<p>PYZCHIVA (Ustekinumab-ttwe en inyección de 45 MG /0.5 ML; Ustekinumab-ttwe en inyección de 90 MG /1 ML; Ustekinumab-ttwe para inyección intravenosa de 130 MG /26 ML); Biosimilar STELARA [PYZCHIVA (Ustekinumab-ttwe Syringe 45 MG/0.5ML; Ustekinumab-ttwe Syringe 90 MG/1ML; Ustekinumab-ttwe IV 130 MG/26ML); Biosimilar STELARA]</p>	<p>SE AÑADE</p>	<p>Añadir a la PDL; Se requiere Autorización previa (PA, por sus siglas en inglés); Fabricada por SANDOZ</p>
<p>SELARSDI (Ustekinumab-aekn en inyección de 45 MG /0.5 ML; Solución de ustekinumab-aekn en inyección de 90 MG/ML; Ustekinumab-aekn para inyección intravenosa de 130 MG /26 ML); Biosimilar STELARA [SELARSDI (Ustekinumab-aekn Syringe 45 MG/0.5ML; Ustekinumab-aekn Soln Syringe 90 MG/ML; Ustekinumab-aekn IV 130 MG/26ML); Biosimilar STELARA]</p>	<p>SE AÑADE</p>	<p>Añadir a la PDL; Se requiere Autorización previa (PA, por sus siglas en inglés)</p>
<p>SEVENFACT (factor VIIa de coagulación en inyección (Recom)- jncw de 2 MG) [SEVENFACT (Coagulation Factor VIIa (Recom)-jncw Injection 2 MG)]</p>	<p>SE AÑADE</p>	<p>Añadir a la PDL; Se requiere Autorización previa (PA, por sus siglas en inglés)</p>
<p>Comprimidos de succinato de solifenacina (VESICARE genérico de 5 MG; VESICARE de 10 MG) [Solifenacin Succinate Tablets (generic VESICARE 5 MG; VESICARE 10MG)]</p>	<p>SE AÑADE</p>	<p>Añadir a la PDL; QL = 1/día</p>
<p>STEQEYMA (Ustekinumab-stba en inyección de 45 MG /0.5 ML; Ustekinumab-stba en inyección de 90 MG /1 ML; Ustekinumab-stba para inyección intravenosa de 130 MG /26 ML); Biosimilar STELARA [STEQEYMA (Ustekinumab-stba Syringe 45 MG/0.5ML; Ustekinumab-stba Syringe 90 MG/1ML; Ustekinumab-stba IV 130 MG/26ML); Biosimilar STELARA]</p>	<p>SE AÑADE</p>	<p>Añadir a la PDL; Se requiere Autorización previa (PA, por sus siglas en inglés)</p>

Nombre del medicamento	Actualización	Notas
Ustekinumab-aekn en inyección (SELARSDI genérico de 45 MG /0.5 ML; SELARSDI de 90 MG /ML; Biosimilar STELARA [Ustekinumab-aekn Syringe (generic SELARSDI 45 MG/0.5ML; SELARSDI 90 MG/ML); Biosimilar STELARA]	SE AÑADE	Añadir a la PDL; Se requiere Autorización previa (PA, por sus siglas en inglés)
XPOVIO (Envase terapéutico de comprimidos de selinexor de 10 MG (40 MG una vez por semana)) [XPOVIO (Selinexor Tablets Therapy Pack 10 MG (40 MG Once Weekly))]	SE AÑADE	Añadir a la PDL; Se requiere Autorización previa (PA, por sus siglas en inglés)
YESINTEK (Ustekinumab-kfce en inyección de 45 MG /0.5 ML; Ustekinumab-kfce en inyección de 90 MG /1 ML; Solución intravenosa de ustekinumab-kfce 130 MG /26 ML); Biosimilar STELARA [YESINTEK (Ustekinumab-kfce Syringe 45 MG/0.5ML; Ustekinumab-kfce Syringe 90 MG/1ML; Ustekinumab-kfce IV Soln 130 MG/26ML); Biosimilar STELARA]	SE AÑADE	Añadir a la PDL; Se requiere Autorización previa (PA, por sus siglas en inglés)
Agujas para pluma BD Aguja para pluma de insulina de 29 G x 5 mm (3/16") Aguja para pluma de insulina de 29 G x 8 mm (5/16") Aguja para pluma de insulina de 30 G x 5 mm (1/5" o 3/16") Aguja para pluma de insulina de 32 G x 4 mm (5/32") Aguja para pluma de insulina 32 G X 4 mm (5/32") Aguja para pluma de insulina 32 G X 4 mm (5/32") [BD Pen Needles Insulin Pen Needle 29 G X 5 MM (3/16") Insulin Pen Needle 29 G X 8 MM (5/16") Insulin Pen Needle 30 G X 5 MM (1/5" or 3/16") Insulin Pen Needle 32 G X 4 MM (5/32") Insulin Pen Needle 32 G X 4 MM (5/32") Insulin Pen Needle 32 G X 4 MM (5/32")]	SE CAMBIA	Eliminar QL
Comprimidos de sitagliptina-metformina de liberación prolongada (ZITUVIMET XR genérico de 24HR de 50-500 MG; ZITUVIMET XR 24HR de 50-1000 MG; ZITUVIMET XR 24HR de 100-1000 MG) [Sitagliptin-Metformin Tablet ER (generic ZITUVIMET XR 24HR 50-500 MG; ZITUVIMET XR 24HR 50-1000 MG; ZITUVIMET XR 24HR 100-1000 MG)]	SE CAMBIA	Añadir a la PDL; QL = 2/día (100MG-1000MG QL = 1/día)

Nombre del medicamento	Actualización	Notas
ENTYVIO (Vedolizumab para inyección intravenosa de 300 MG) [ENTYVIO (Vedolizumab For IV 300 MG)]	SE ELIMINA	Usar medicamento alternativo de la PDL
ILUMYA Tildrakizumab-asmn en inyección de 100 MG /ML) ILUMYA [(Tildrakizumab-asmn Syringe 100 MG/ML)]	SE ELIMINA	Usar medicamento alternativo de la PDL
KINERET (Anakinra en inyección de 100 MG /0.67 ML) [KINERET (Anakinra Syringe 100 MG/0.67ML)]	SE ELIMINA	Usar medicamento alternativo de la PDL
ORENCIA (Abatacept en inyección de 50 MG /0.4 ML; Abatacept en inyección de 87.5 MG /0.7 ML; Abatacept en inyección de 125 MG /ML; Abatacept en auto inyector de 125 MG /ML; Abatacept para inyección intravenosa de 250 MG) [ORENCIA (Abatacept Syringe 50 MG/0.4ML; Abatacept Syringe 87.5 MG/0.7ML; Abatacept Syringe 125 MG/ML; Abatacept Auto-Injector 125 MG/ML; Abatacept For IV 250 MG)]	SE ELIMINA	Usar medicamento alternativo de la PDL
RINVOQ (Comprimidos de upadacitinib de liberación lenta de 15 MG; Comprimidos de upadacitinib de liberación lenta de 30 MG; Comprimidos de upadacitinib de liberación lenta de 45 MG) [RINVOQ (Upadacitinib Tablet ER 15 MG; Upadacitinib Tablet ER 30 MG; Upadacitinib Tablet ER 45 MG)]	SE ELIMINA	Usar medicamento alternativo de la PDL
SKYRIZI (Risankizumab-rzaa en inyección de 150 MG /ML; Risankizumab-rzaa en auto inyector de 150 MG /ML; Kit para inyección de Risankizumab-rzaa 2 x 75 MG /0.83 ML) [SKYRIZI (Risankizumab-rzaa Syringe 150 MG/ML; Risankizumab-rzaa Auto-injector 150 MG/ML; Risankizumab-rzaa Syringe 2 x 75 MG/0.83ML Kit)]	SE ELIMINA	Usar medicamento alternativo de la PDL

Nombre del medicamento	Actualización	Notas
STELARA (Ustekinumab para inyección intravenosa de 130 MG/26 ml; Ustekinumab en auto inyector de 45 MG/0.5 ML; Ustekinumab en inyección de 45 MG/0.5 ML; Ustekinumab en inyección de 90 MG/ML) [STELARA (Ustekinumab IV 130 MG/26ML; Ustekinumab Injection 45 MG/0.5ML; Ustekinumab Syringe 45 MG/0.5ML; Ustekinumab Syringe 90 MG/ML)]	SE ELIMINA	Usar medicamento alternativo de la PDL: opciones biosimilares Otulfi, Pyzchiva, Yesintek, Steqeyma y Selarsdi
TREMFYA (guselkumab en inyección de 100 MG /ML; guselkumab en auto inyector de 100 MG /ML) [TREMFYA (Guselkumab Syringe 100 MG/ML; Guselkumab Auto-inyector 100 MG/ML)]	SE ELIMINA	Usar medicamento alternativo de la PDL

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.

Para obtener más información sobre estos programas, por favor visite nuestro sitio de Internet en www.pshp.com, o consulte el manual de afiliados de Peach State Health Plan.