

Actualizaciones a la Lista de medicamentos preferidos de Peach State Health Plan: 4º 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
Tabletas de sacubitril y valsartán (ENTRESTO genérico 24-26 mg; ENTRESTO 49-51 mg; ENTRESTO 97-103 mg) [Sacubitril-Valsartan tablet (generic ENTRESTO 24-26 MG; ENTRESTO 49-51 MG; ENTRESTO 97-103 MG)]	Se añade	Añadir a la PDL; QL = 2 comprimidos al día
PYZCHIVA (Solución de ustekinumab-ttwe de 45 mg/0.5 ml) [PYZCHIVA (Ustekinumab-ttwe Solution 45 MG/0.5ML)]	Se añade	Añadir a la PDL; Se requiere Autorización previa (PA, por sus siglas en inglés)
BAFIERTAM (Cápsula de liberación retardada de monometilfumarato de 95 mg) [BAFIERTAM (Monomethyl Fumarate Delayed Release capsule 95 MG)]	Se elimina	Usar medicamento alternativo de la PDL
CHOLBAM (Cápsula de ácido cólico de 50 mg; Cápsula de ácido cólico de 250 mg) [CHOLBAM (Cholic Acid capsule 50 MG; Cholic Acid capsule 250 MG)]	Se elimina	Usar medicamento alternativo de la PDL
FIRDAPSE (Comprimido de fosfato de amifampridina de 10 mg) [FIRDAPSE (Amifampridine Phosphate Tablet 10MG)]	Se elimina	Usar medicamento alternativo de la PDL

Nombre del medicamento	Actualización	Notas
GRANIX (Inyección subcutánea de 300 mcg/ml de Tbo-Filgrastim; Jeringa precargada de 300 mcg/0.5 ml de Tbo-Filgrastim; Jeringa precargada de 480 mcg/0.8 ml de Tbo-Filgrastim) [GRANIX (Tbo-Filgrastim Subcutaneous Inj 300 MCG/ML; Tbo-Filgrastim Prefilled Syringe 300 MCG/0.5ML; Tbo-Filgrastim Prefilled Syringe 480 MCG/0.8ML)]	Se elimina	Usar medicamento alternativo de la PDL
IOPIDINE (Solución oftálmica de apraclonidina al 1%) [IOPIDINE (Apraclonidine Solution 1% eye drop)]	Se elimina	Usar medicamento alternativo de la PDL
KESIMPTA (Autoinyector de ofatumumab de 20 mg/0.4 ml) [KESIMPTA (Ofatumumab Auto-Injector 20 MG/0.4ML)]	Se elimina	Usar medicamento alternativo de la PDL
MULPLETA (Comprimidos de lusutrombopag de 3 mg) [MULPLETA (Lusutrombopag Tab 3 MG)]	Se elimina	Usar medicamento alternativo de la PDL
NEUPOGEN (Inyección de filgrastim de 300 ml; Inyección de filgrastim de 480 mcg/1.6 ml; Jeringa precargada de filgrastim de 300 mcg/0.5 ml; Jeringa precargada de filgrastim de 480 mcg/0.8 ml) [NEUPOGEN (Filgrastim Injection 300 ML; Filgrastim Injection 480 MCG/1.6ML; Filgrastim Prefilled Syringe 300 MCG/0.5ML; Filgrastim Prefilled Syringe 480 MCG/0.8ML)]	Se elimina	Usar medicamento alternativo de la PDL
NIVESTYM (Inyección de filgrastim-aafi de 300 mcg/ml; Inyección de filgrastim-aafi de 480 mcg/1.6 ml; Jeringa precargada de filgrastim-aafi de 300 mcg/0.5 ml; Jeringa precargada de filgrastim-aafi de 480 mcg/0.8 ml.) NEUPOGEN fármaco biosimilar [NIVESTYM (Filgrastim-aafi Injection 300 MCG/ML; Filgrastim-aafi Injection 480 MCG/1.6ML; Filgrastim-aafi Prefilled Syringe 300 MCG/0.5ML; Filgrastim-aafi Prefilled Syringe 480 MCG/0.8ML) biosimilar NEUPOGEN]	Se elimina	Usar medicamento alternativo de la PDL

Nombre del medicamento	Actualización	Notas
RELEUKO (Inyección de filgrastim-ayow de 300 mcg/ml; Inyección de filgrastim-ayow 480 de mcg/1.6 ml; Jeringa precargada de filgrastim-ayow de 300 mcg/0.5 ml; Jeringa precargada de filgrastim-ayow de 480 mcg/0.8 ml) NEUPOGEN fármaco biosimilar [RELEUKO (Filgrastim-ayow Injection 300 MCG/ML; Filgrastim-ayow Injection 480 MCG/1.6ML; Filgrastim-ayow Prefilled Syringe 300 MCG/0.5ML; Filgrastim-ayow Prefilled Syringe 480 MCG/0.8ML) biosimilar NEUPOGEN]	Se elimina	Usar medicamento alternativo de la PDL
XPOVIO 40 mg UNA VEZ POR SEMANA: Selinexor en comprimidos, envase de 10 mg; 40 mg UNA VEZ POR SEMANA: Selinexor en comprimidos, envase de 40 mg; 40 mg DOS VECES POR SEMANA: Selinexor en comprimidos, envase de 40 mg; 60 mg DOS VECES POR SEMANA: Selinexor en comprimidos, envase de 20 mg; 60 mg UNA VEZ POR SEMANA: Selinexor en comprimidos, envase de 60 mg; 80 mg UNA VEZ POR SEMANA: Selinexor en comprimidos, envase de 40 mg; 80 mg DOS VECES POR SEMANA: Selinexor en comprimidos, envase de 20 mg; 100 mg UNA VEZ POR SEMANA: Selinexor en comprimidos, envase de 50 mg) [XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY: Selinexor Tablet Pack 10MG; 40 MG ONCE WEEKLY: Selinexor Tablet Pack 40MG; 40 MG TWICE WEEKLY: Selinexor Tablet Pack 40MG; 60 MG TWICE WEEKLY: Selinexor Tablet Pack 20MG; 60 MG ONCE WEEKLY: Selinexor Tablet Pack 60MG; 80 MG ONCE WEEKLY: Selinexor Tablet Pack 40MG; 80 MG TWICE WEEKLY: Selinexor Tablet Pack 20MG; 100 MG ONCE WEEKLY: Selinexor Tablet Pack 50MG)]	Se elimina	Usar medicamento alternativo de la PDL
XGEVA (Inyección de denosumab de 120 mg/1.7 ml) [XGEVA (Denosumab Injection 120MG/1.7ML)]	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.