

Fecha de entrada en vigor: 1 de junio de 2026



Actualizaciones a la Lista de medicamentos preferidos de Peach State Health Plan: 2º trimestre de 2026

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
MODD1 Kits (juegos) desechables para bombas de insulina [MODD1 disposable insulin pump kits]	SE AÑADE	Añadir a la PDL; Se requiere Autorización previa (PA, por sus siglas en inglés)

Nombre del medicamento	Actualización	Notas
OMNIPOD Kits y suministros desechables para bombas de insulina (OMNIPOD 5 DEXG7G6 (GEN 5); OMNIPOD 5 G7 (GEN 5); OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6; OMNIPOD DASH (GEN 4); OMNIPOD POD PALS) [OMNIPOD disposable insulin pump kits & supplies (OMNIPOD 5 DEXG7G6 (GEN 5); OMNIPOD 5 G7 (GEN 5); OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6; OMNIPOD DASH (GEN 4); OMNIPOD POD PALS)]	SE AÑADE	Añadir a la PDL; Se requiere Autorización previa (PA, por sus siglas en inglés)

Nombre del medicamento	Actualización	Notas
TWIIST Kits desechables para bombas de insulina [TWIIST disposable insulin pump kits]	SE AÑADE	Añadir a la PDL; Se requiere Autorización previa (PA, por sus siglas en inglés)
KANJINTI (Frasco conteniendo 150 mg de Trastuzumab-anns) Biosimilar HERCEPTIN [KANJINTI (Trastuzumab-anns 150 MG) Biosimilar HERCEPTIN]	SE CAMBIA	Medicamento alternativo preferido; Se requiere Autorización previa (PA, por sus siglas en inglés)
Pluma para inyección de teriparatida (marcas FORTEO o BONSITY) [Teriparatide Pen-injector (brand FORTEO or BONSITY)]	SE CAMBIA	Medicamento alternativo preferido; Se requiere Autorización previa (PA, por sus siglas en inglés)
BONSITY (Pluma para inyección de teriparatida) [BONSITY (Teriparatide Pen-injector)]	SE ELIMINA	Usar el genérico
ENHERTU (Frasco conteniendo 100 mg de Fam-Trastuzumab Deruxtecan-nxki) [ENHERTU (Fam-Trastuzumab Deruxtecan-nxki 100 MG)]	SE ELIMINA	Usar medicamento alternativo de la PDL
FORTEO (Pluma para inyección de teriparatida) [FORTEO (Teriparatide Pen-injector)]	SE ELIMINA	Usar medicamento alternativo de la PDL; Teriparatida genérico (Generic Teriparatide)

Nombre del medicamento	Actualización	Notas
HERCEPTIN (Frasco conteniendo 150 mg de Trastuzumab) [HERCEPTIN (Trastuzumab 150 MG)]	SE ELIMINA	Usar medicamento alternativo de la PDL; Biosimilar es Kanjinti
HERCEPTIN HYLECTA (Frasco conteniendo 600 mg/10,000 unidades/5 ml de Trastuzumab-Hyaluronidase-oysk) [HERCEPTIN HYLECTA (Trastuzumab-Hyaluronidase-oysk 600-10000 MG-Unit/5ML)]	SE ELIMINA	Usar medicamento alternativo de la PDL
KADCYLA (Frasco conteniendo 100 mg de Ado-Trastuzumab Emtansine; Frasco conteniendo 160 mg de Ado-Trastuzumab Emtansine) [KADCYLA (Ado-Trastuzumab Emtansine 100 MG; Ado-Trastuzumab Emtansine 160 MG)]	SE ELIMINA	Usar medicamento alternativo de la PDL
PHESGO (Frasco de 60 mg-60 mg-2000 u/ml de Pertuzumab-Trastuz-Hyaluron-zzxf genérico; Frasco de 80 mg-40 mg-2000 u/ml de Pertuzumab-Trastuz-Hyaluron-zzxf) [PHESGO (generic Pertuzumab-Trastuz-Hyaluron-zzxf 60 MG-60 MG-2000 UNT/ML; Pertuzumab-Trastuz-Hyaluron-zzxf 80 MG-40 MG-2000 UNT/ML)]	SE ELIMINA	Usar medicamento alternativo de la PDL
RIABNI (Frasco de 100 mg/10 ml de Rituximab-arrx; Frasco de 500 mg/10 ml de Rituximab-arrx) Biosimilar RITUXAN [RIABNI (Rituximab-arrx 100 MG/10ML; Rituximab-arrx 500 MG/10ML) Biosimilar RITUXAN]	SE ELIMINA	Usar medicamento alternativo de la PDL
RITUXAN (Frasco de 100 mg/10 ml de Rituximab para inyección intravenosa; Frasco de 500 mg/10 ml de Rituximab para inyección intravenosa) [RITUXAN (Rituximab IV 100 MG/10ML; Rituximab IV 500 MG/10ML)]	SE ELIMINA	Usar medicamento alternativo de la PDL

Nombre del medicamento	Actualización	Notas
RITUXAN HYCELA (Frasco de 1,400 mg y 23,400 unidades/11.7 ml de Rituximab-Hyaluronidase; Frasco de 1,600 mg y 26,800 unidades/13.4 ml de Rituximab-Hyaluronidase) [RITUXAN HYCELA (Rituximab-Hyaluronidase 1400-23400 MG-Unit/11.7ML; Rituximab-Hyaluronidase 1600-26800 MG-Unit/13.4ML)]	SE ELIMINA	Usar medicamento alternativo de la PDL
TYMLOS (Pluma para inyección de Abaloparatide) [TYMLOS (Abaloparatide Pen-injector)]	SE ELIMINA	Usar medicamento alternativo de la PDL
VECTIBIX (Frasco de 100 mg /5 ml de Panitumumab; Frasco de 400 mg/20 ml de Panitumumab) [VECTIBIX (Panitumumab 100 MG/5ML; Panitumumab 400 MG/20ML)]	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.