

Fecha de entrada en vigor: 1 de junio de 2025

Actualizaciones a la Lista de medicamentos preferidos de Peach State Health Plan: 2º 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
AMITIZA (Cápsulas de lubiprostona de 8 MCG) (Cápsulas de lubiprostona de 24 MCG) [(Lubiprostone capsule 8 MCG) (Lubiprostone capsule 24 MCG)]	SE AÑADE	Añadir a la PDL; Se requiere Autorización previa (PA, por sus siglas en inglés)
LOQTORZI (Toripalimab-tpzi; Inyección intravenosa de 240 MG/6ML (40 MG/ML)) [(Toripalimab-tpzi IV 240 MG/6ML (40 MG/ML))]	SE AÑADE	Añadir a la PDL; Se requiere Autorización previa (PA)
ARANESP en frascos [ARANESP vials (Darbepoetin Alfa 25 MCG/ML) (Darbepoetin Alfa 40 MCG/ML) (Darbepoetin Alfa 60 MCG/ML) (Darbepoetin Alfa 100 MCG/ML) (Darbepoetin Alfa 200 MCG/ML)]	SE ELIMINA	Usar medicamento alternativo de la PDL: Retacrit
ARANESP en jeringa precargada [ARANESP prefilled syringe (Darbepoetin Alfa 10 MCG/0.4ML) (Darbepoetin Alfa 25 MCG/0.42ML) (Darbepoetin Alfa 40 MCG/0.4ML) (Darbepoetin Alfa 60 MCG/0.3ML) (Darbepoetin Alfa 100 MCG/0.5ML) (Darbepoetin Alfa 150 MCG/0.3ML) (Darbepoetin Alfa 200 MCG/0.4ML) (Darbepoetin Alfa 300 MCG/0.6ML) (Darbepoetin Alfa 500 MCG/ML)]	SE ELIMINA	Usar medicamento alternativo de la PDL: Retacrit
CRYSVITA (Burosumab-twza 10 MG/ML) (Burosumab-twza 20 MG/ML) (Burosumab-twza 30 MG/ML)	SE ELIMINA	Usar medicamentos alternativos de la PDL o enviar Autorización previa (PA)

Nombre del medicamento	Actualización	Notas
EPOGEN (Epoetin Alfa 2000 Unit/ML) (Epoetin Alfa 3000 Unit/ML) (Epoetin Alfa 4000 Unit/ML) (Epoetin Alfa 10000 Unit/ML) (Epoetin Alfa 20000 Unit/ML)	SE ELIMINA	Usar medicamento alternativo de la PDL: Retacrit
EXTAVIA (Interferon Beta-1b Kit 0.3 MG)	SE ELIMINA	Producto discontinuado
IMCIVREE (Setmelanotide Acetate 10 MG/ML)	SE ELIMINA	Usar medicamentos alternativos de la PDL o enviar Autorización previa (PA)
MIRCERA (Methoxy PEG-Epoetin Beta 30 MCG/0.3ML) (Methoxy PEG-Epoetin Beta 50 MCG/0.3ML) (Methoxy PEG-Epoetin Beta 75 MCG/0.3ML) (Methoxy PEG-Epoetin Beta 100 MCG/0.3ML) (Methoxy PEG-Epoetin Beta 120 MCG/0.3ML) (Methoxy PEG-Epoetin Beta 150 MCG/0.3ML) (Methoxy PEG-Epoetin Beta 200 MCG/0.3ML)	SE ELIMINA	Usar medicamento alternativo de la PDL: Retacrit
PROCRIT (Epoetin Alfa 2000 Unit/ML) (Epoetin Alfa 3000 Unit/ML) (Epoetin Alfa 4000 Unit/ML) (Epoetin Alfa 10000 Unit/ML) (Epoetin Alfa 20000 Unit/ML) (Epoetin Alfa 40000 Unit/ML)	SE ELIMINA	Usar medicamento alternativo de la PDL: Retacrit
VOXZOGO (Vosoritide en inyección de 0.4 MG) (Vosoritide en inyección de 0.56 MG) (Vosoritide en inyección de 1.2 MG) [(Vosoritide injection 0.4 MG) (Vosoritide injection 0.56 MG) (Vosoritide injection 1.2 MG)]	SE ELIMINA	Usar medicamentos alternativos de la PDL o enviar Autorización previa (PA)

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.