

Fecha de entrada en vigor: 23 de septiembre de 2024



Actualizaciones a la Lista de medicamentos preferidos de Peach State Health Plan – Q3-2024

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
HUMATROPE (Cartucho de inyección de somatropina)	SE AÑADE	Añadir a la PDL; Se requiere Autorización previa (PA, por sus siglas en inglés)
Adalimumab-ryvk KIT DE 2 PLUMAS 40 MG/0.4 ML (SIMLANDI sin marca/biosimilar HUMIRA)	SE AÑADE	Añadir a la PDL; Se requiere Autorización previa (PA, por sus siglas en inglés)
Acetato de lanreotida 120 mg/0.5 ml (inyección genérica de SOMATULINE DEPOT)	SE AÑADE	Añadir a la PDL; Se requiere Autorización previa (PA, por sus siglas en inglés)
SIMLANDI 40 MG/0.4 ML (Adalimumab-Ryvck/biosimilar HUMIRA)	SE AÑADE	Añadir a la PDL; Se requiere Autorización previa (PA, por sus siglas en inglés)
REMICADE 100 MG (inyección intravenosa genérica de infliximab)	SE ELIMINA	Alternativa PDL: Avsola (infliximab-axxq) [Se requiere Autorización previa (PA, por sus siglas en inglés) para el producto preferido]
Infliximab 100 MG (inyección intravenosa genérica de REMICADE)	SE ELIMINA	Alternativa PDL: Avsola (infliximab-axxq) [Se requiere Autorización previa (PA, por sus siglas en inglés) para el producto preferido]
INFLECTRA 100 MG (Infliximab-dyyb IV Inyección/biosimilar REMICADE)	SE ELIMINA	Alternativa PDL: Avsola (infliximab-axxq) [Se requiere Autorización previa (PA, por sus siglas en inglés) para el producto preferido]
RENFLIXIS 100 MG (Infliximab-abda IV Inyección/biosimilar REMICADE)	SE ELIMINA	Alternativa PDL: Avsola (infliximab-axxq) [Se requiere Autorización previa (PA, por sus siglas en inglés) para el producto preferido]

Nombre del medicamento	Actualización	Notas
SAIZEN 5 MG SAIZEN & SAIZEN PREP KIT 8.8 MG (Inyección de somatropina (no refrigerada))	SE ELIMINA	Alternativa PDL: Humatrope o Norditropin (somatropin) [Se requiere Autorización previa (PA, por sus siglas en inglés) para el producto preferido]
SKYTROFA (Lonapegsomatropina-tcgd para cartucho de inyección subcutánea)	SE ELIMINA	Alternativa PDL: Humatrope o Norditropin (somatropin) [Se requiere Autorización previa (PA, por sus siglas en inglés) para el producto preferido]
SOVUNA (Tableta de sulfato de hidroxiclороquina de 200 mg)	SE ELIMINA	Alternativa PDL: Comprimido genérico de sulfato de hidroxiclороquina de 200 mg

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.