

Fecha de entrada en vigor: 23 de marzo de 2020



Actualizaciones a la Lista de medicamentos preferidos de Peach State Health Plan: 1^{er} trimestre de 2020

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 indica los cambios realizados a la PDL este trimestre. Los productos genéricos son medicamentos preferidos.

Nombre del medicamento	Ingredientes	Forma de administración	Potencia	ACTUALIZACIÓN	Notas
AIMOVIG	Erenumab-aooe	Autoinyector subcutáneo	70 MG/ML; 140 MG/ML	SE AÑADE	Añadir a la PDL Autorización previa requerida QL = 0.04 mL/día (una pluma para inyección/28 días)
MAYZENT	Fumarato de sponimod	Comprimido	0.25 MG; 2 MG; Paquete de inicio 0.25 MG	SE AÑADE	Añadir a la PDL Autorización previa requerida
METHYLPHENIDATE ORAL SOLUTION	Clorhidrato de metilfenidato	Solución oral	5 MG/5ML	SE AÑADE	Añadir a la PDL AL = mínimo 3 años de edad QL = 1800 mL/mes
METHYLPHENIDATE ORAL SOLUTION	Clorhidrato de metilfenidato	Solución oral	10 MG/5ML	SE AÑADE	Añadir a la PDL AL = mínimo 3 años de edad QL = 900 mL/mes
PANCREAZE	Pancrelipasa (Lipasa, proteasa y amilasa)	Cápsula de liberación lenta	2600-6200-10850 Unidades	SE AÑADE	Añadir a la PDL
RUZURGI	Amifampridina	Comprimido	10 MG	SE AÑADE	Añadir a la PDL Autorización previa requerida QL = 10 comprimidos/día
THIOLA EC	Tiopronina	Comprimido de liberación lenta	100 MG; 300 MG	SE AÑADE	Añadir a la PDL Autorización previa requerida

**Actualizaciones a la Lista de medicamentos preferidos (PDL) -
1^{er} trimestre de 2020**



Nombre del medicamento	Ingredientes	Forma de administración	Potencia	ACTUALIZACIÓN	Notas
TREMFYA	Guselkumab	Pluma para inyección	100 MG/ML	SE AÑADE	Añadir a la PDL Autorización previa requerida
TRIKAFTA	Elexacaftor, tezacaftor, ivacaftor y Ivacaftor	Paquete de comprimidos	100-50-75 MG y 150 MG	SE AÑADE	Añadir a la PDL Autorización previa requerida QL = 3 comprimidos /día
VYNDAMAX	Tafamidis	Cápsula	61 MG	SE AÑADE	Añadir a la PDL Autorización previa requerida QL = 1 cápsula/día
VYNDAQEL	Tafamidis meglumina	Cápsula	20 MG	SE AÑADE	Añadir a la PDL Autorización previa requerida QL = 4 cápsulas/día
FIRDAPSE	Fosfato de amifampridina	Comprimido	10 MG	SE ELIMINA	Eliminar de la PDL Usar el producto de la PDL, Ruzurgi (Autorización previa requerida)
MUPIROCIN	Mupirocina cálcica	Crema	2%	SE ELIMINA	Eliminar de la PDL Usar el producto de la PDL, ungüento de mupirocina al 2%

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.