

Fecha de entrada en vigor: 3 de marzo de 2026



Actualizaciones a la Lista de medicamentos preferidos de Peach State Health Plan: 1^{er} 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
OMNITROPE (Somatropina de 5.8 mg; Cartucho de somatropina de 5 mg/1.5 ml; Cartucho de somatropina de 10 mg/1.5 ml) [OMNITROPE (Somatropin 5.8 MG; Somatropin Cartridge 5 MG/1.5ML; Somatropin Cartridge 10 MG/1.5ML)]	SE AÑADE	Añadir a la PDL; Se requiere Autorización previa (PA, por sus siglas en inglés)

Nombre del medicamento	Actualización	Notas
OTULFI (Ampolla subcutánea de ustekinumab-aaaz de 45 mg/0.5 ml) (su biosimilar es STELARA) [OTULFI (Ustekinumab-aaaz Subcutaneous Vial 45 MG/0.5ML) (Biosimilar STELARA)]	SE AÑADE	Añadir a la PDL; Se requiere Autorización previa (PA, por sus siglas en inglés)

Nombre del medicamento	Actualización	Notas
ANDEXXA (200 mg de Factor de la coagulación Xa Enact-zhzo) [ANDEXXA (Coagulation Fact Xa Inact-zhzo 200 MG)]	SE ELIMINA	Usar medicamento alternativo de la PDL
BENLYSTA (Belimumab de 120 mg; Belimumab de 400 mg; Autoinyector de belimumab de 200 mg/ml; Jeringa precargada de belimumab de 200 mg/ml) [BENLYSTA (Belimumab 120 MG; Belimumab 400 MG; Belimumab Auto-injector 200 MG/ML; Belimumab Prefilled Syringe 200 MG/ML)]	SE ELIMINA	Usar medicamento alternativo de la PDL
BRIDION (Sugammadex en inyección de 200 mg/2 ml; Sugammadex en inyección de 500 mg/5 ml) [BRIDION (Sugammadex 200 MG/2ML; Sugammadex 500 MG/5ML)]	SE ELIMINA	Usar medicamento alternativo de la PDL

Nombre del medicamento	Actualización	Notas
BRUKINSA (Zanubrutinib en cápsulas de 80 mg) [BRUKINSA (Zanubrutinib Capsule 80 MG)]	SE ELIMINA	Usar medicamento alternativo de la PDL
FERRIPROX (Deferiprona en solución oral de 100 mg/ml; Deferiprona en comprimidos de 500 mg; Deferiprona en comprimidos de 1000 mg) [FERRIPROX (Deferiprone Oral Solution 100 MG/ML; Deferiprone Tablet 500 MG; Deferiprone Tablet 1000 MG)]	SE ELIMINA	Usar medicamento alternativo de la PDL
FERRIPROX DOS VECES AL DÍA (Deferiprona en comprimidos de 1000 mg) [FERRIPROX TWICE-A-DAY (Deferiprone Tablet 1000 MG)]	SE ELIMINA	Usar medicamento alternativo de la PDL
HUMATROPE (Somatropina en inyección de 6 mg; Somatropina en inyección de 12 mg; Somatropina en inyección de 24 mg) [HUMATROPE (Somatropin 6 MG; Somatropin 12 MG; Somatropin 24 MG)]	SE ELIMINA	Usar medicamento alternativo de la PDL; Productos preferidos: Norditropin y Omnitrope
KRYSTEXXA (Pegloticase en solución de 8 mg/ml) [KRYSTEXXA (Pegloticase 8 MG/ML)]	SE ELIMINA	Usar medicamento alternativo de la PDL
LUPKYNIS (Voclosporina en cápsulas de 7.9 mg) [LUPKYNIS (Voclosporin Capsule 7.9 MG)]	SE ELIMINA	Usar medicamento alternativo de la PDL
NYVEPRIA (Pegfilgrastim-apgf en jeringa precargada de 6 mg/0.6 ml) (su biosimilar es NEULASTA) [NYVEPRIA (Pegfilgrastim-apgf Prefilled Syringe 6 MG/0.6ML) (Biosimilar NEULASTA)]	SE ELIMINA	Usar medicamento alternativo de la PDL; Biosimilar preferido es NEULASTA - Udenyca

Nombre del medicamento	Actualización	Notas
SIGNIFOR LAR (Pasireotide de 10 mg; Pasireotide de 20 mg; Pasireotide de 30 mg; Pasireotide de 40 mg; Pasireotide de 60 mg) [SIGNIFOR LAR (Pasireotide 10 MG; Pasireotide 20 MG; Pasireotide 30 MG; Pasireotide 40 MG; Pasireotide 60 MG)]	SE ELIMINA	Usar medicamento alternativo de la PDL; Productos preferidos - genérico Sandostatin
SOMAVERT (Pegvisomant de 10 mg; Pegvisomant de 15 mg; Pegvisomant de 20 mg; Pegvisomant de 25 mg; Pegvisomant de 30 mg) [SOMAVERT (Pegvisomant 10 MG; Pegvisomant 15 MG; Pegvisomant 20 MG; Pegvisomant 25 MG; Pegvisomant 30 MG)]	SE ELIMINA	Usar medicamento alternativo de la PDL; Productos preferidos - genérico Sandostatin

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.