

**Fecha de entrada en vigor: 3 de marzo de 2026**



## Actualizaciones a la Lista de medicamentos preferidos de Peach State Health Plan: 1<sup>er</sup> 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
<b>OMNITROPE</b> (Somatropina de 5.8 mg; Cartucho de somatropina de 5 mg/1.5 ml; Cartucho de somatropina de 10 mg/1.5 ml) <b>[OMNITROPE</b> (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
<b>OTULFI</b> (Ampolla subcutánea de ustekinumab-aauz de 45 mg/0.5 ml) (su biosimilar es STELARA) <b>[OTULFI</b> (Ustekinumab-aauz 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
<b>ANDEXXA</b> (200 mg de Factor de la coagulación Xa Enact-zhzo) <b>[ANDEXXA</b> (Coagulation Fact Xa Inact-zhzo 200 MG)]	SE ELIMINA	Usar medicamento alternativo de la PDL
<b>BENLYSTA</b> (Belimumab de 120 mg; Belimumab de 400 mg; Autoinyector de belimumab de 200 mg/ml; Jeringa precargada de belimumab de 200 mg/ml) <b>[BENLYSTA</b> (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
<b>BRIDION</b> (Sugammadex en inyección de 200 mg/2 ml; Sugammadex en inyección de 500 mg/5 ml) <b>[BRIDION</b> (Sugammadex 200 MG/2ML; Sugammadex 500 MG/5ML)]	SE ELIMINA	Usar medicamento alternativo de la PDL

Nombre del medicamento	Actualización	Notas
<b>BRUKINSA</b> (Zanubrutinib en cápsulas de 80 mg) <b>[BRUKINSA</b> (Zanubrutinib Capsule 80 MG)]	SE ELIMINA	Usar medicamento alternativo de la PDL
<b>FERRIPROX</b> (Deferiprona en solución oral de 100 mg/ml; Deferiprona en comprimidos de 500 mg; Deferiprona en comprimidos de 1000 mg) <b>[FERRIPROX</b> (Deferiprone Oral Solution 100 MG/ML; Deferiprone Tablet 500 MG; Deferiprone Tablet 1000 MG)]	SE ELIMINA	Usar medicamento alternativo de la PDL
<b>FERRIPROX DOS VECES AL DÍA</b> (Deferiprona en comprimidos de 1000 mg) <b>[FERRIPROX TWICE-A-DAY</b> (Deferiprone Tablet 1000 MG)]	SE ELIMINA	Usar medicamento alternativo de la PDL
<b>HUMATROPE</b> (Somatropina en inyección de 6 mg; Somatropina en inyección de 12 mg; Somatropina en inyección de 24 mg) <b>[HUMATROPE</b> (Somatropin 6 MG; Somatropin 12 MG; Somatropin 24 MG)]	SE ELIMINA	Usar medicamento alternativo de la PDL; Productos preferidos: Norditropin y Omnitrope
<b>KRYSTEXXA</b> (Pegloticase en solución de 8 mg/ml) <b>[KRYSTEXXA</b> (Pegloticase 8 MG/ML)]	SE ELIMINA	Usar medicamento alternativo de la PDL
<b>LUPKYNIS</b> (Voclosporina en cápsulas de 7.9 mg) <b>[LUPKYNIS</b> (Voclosporin Capsule 7.9 MG)]	SE ELIMINA	Usar medicamento alternativo de la PDL
<b>NYVEPRIA</b> (Pegfilgrastim-apgf en jeringa precargada de 6 mg/0.6 ml) (su biosimilar es NEULASTA) <b>[NYVEPRIA</b> (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
<b>SIGNIFOR LAR</b> (Pasireotide de 10 mg; Pasireotide de 20 mg; Pasireotide de 30 mg; Pasireotide de 40 mg; Pasireotide de 60 mg) <b>[SIGNIFOR LAR</b> (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
<b>SOMAVERT</b> (Pegvisomant de 10 mg; Pegvisomant de 15 mg; Pegvisomant de 20 mg; Pegvisomant de 25 mg; Pegvisomant de 30 mg) <b>[SOMAVERT</b> (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](http://www.pshp.com).

Para obtener más información sobre estos programas, por favor visite nuestro sitio de Internet en [www.pshp.com](http://www.pshp.com), o consulte el manual de afiliados de Peach State Health Plan.