



230 N. Main St. Dayton, OH 45402 | 833-230-2005 | CareSourcePASSE.com

Asunto: Resumen de cambios al Formulario/a la Autorización previa en vigor desde el April 1, 2023

Su atención médica es nuestra prioridad. Po ello le escribimos para informarle que el April 1, 2023, habrá cambios en la Lista de medicamentos preferidos (PDL) de Medicaid de Arkansas o en la administración de productos que no están en la PDL de Medicaid de Arkansas de parte de CareSource PASSE. Una PDL es una lista de medicamentos preferidos.

RESUMEN DE CAMBIOS A LA PDL DE MEDICAID DE MEDICAID EN VIGOR A PARTIR DEL APRIL 1, 2023:

LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS SE INCLUIRÁN COMO PREFERIDOS EN LA PDL A PARTIR DEL APRIL 1, 2023.

Nombre del producto	Dosis	Notas – Si corresponde
Insulin Glargine SoloStar Pen	100 units/mL	Preferred without criteria - Took effect January 27, 2023
Insulin Glargine Vial	100 units/mL	Preferred without criteria - Took effect January 27, 2023

LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS SE INCLUIRÁN COMO NO PREFERIDOS EN LA PDL A PARTIR DEL APRIL 1, 2023.

Nombre del producto	Dosis	Notas – Si corresponde
Cefadroxil Tablet (Generic Duricef®)	1 gm	
Cephalexin Tablet (Generic Keflex®)	250mg	

LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS TIENEN CAMBIOS EN LA AUTORIZACIÓN PREVIA/CRITERIOS DE AUTORIZACIÓN PREVIA EN LA PDL EN VIGOR A PARTIR DEL APRIL 1, 2023.

Nombre del producto	Dosis	Notas – Si corresponde
Aimovig® Auto-Injector	All	Updated criteria
Ajovy® Auto-Injector, Syringe	All	Updated criteria
Aubagio® Tablet	All	Updated criteria
Bafiertam® Capsule	All	Updated criteria
Betaseron® Kit	All	Updated criteria
Copaxone® Syringe	40 mg	Updated criteria
Elyxyb® Oral Solution	All	Updated criteria
Emgality® Pen-Injector, Syringe	All	Updated criteria
Enspryng® Syringe	All	Updated criteria

Extavia® Kit, Vial	All	Updated criteria
Gilenya® Capsule	All	Updated criteria
Glatopa® Syringe	All	Updated criteria
Kesimpta® Pen Injector	All	Updated criteria
Mavenclad® Tablet	All	Updated criteria
Mayzent® Dose Pack, Tablet	All	Updated criteria
Migranal® Nasal Spray/Trudhesa® Nasal Spray	All	Updated criteria
Montelukast Tablet, Chewable Tablet, Granule (Generic Singulair®)	All	Updated criteria
Nurtec® Orally Disintegrating Tablet	All	Updated criteria
Plegridy® Pen, Syringe	All	Updated criteria
Ponvory® Dose Pack, Tablet	All	Updated criteria
Qulipta® Tablet	All	Updated criteria
Rebif®/Rebif Rebidose® Pen, Syringe	All	Updated criteria
Tascenso® Orally Disintegrating Tablet	All	Updated criteria
Reyvow® Tablet	All	Updated criteria
Tecfidera® Capsule, Starter Pack	All	Updated criteria
Ubrovelvy® Tablet	All	Updated criteria
Vumerity® Capsule	All	Updated criteria
Zeposia® Capsule, Dose Pack	All	Updated criteria

RESUMEN DE CAMBIOS A LOS PRODUCTOS QUE NO ESTÁN EN LA PDL DE MEDICAID DE ARKANSAS EN VIGOR A PARTIR DEL ABRIL 1, 2023:

LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS TIENEN CAMBIOS EN LA AUTORIZACIÓN PREVIA/CRITERIOS DE AUTORIZACIÓN PREVIA EN VIGOR A PARTIR DEL ABRIL 1, 2023.

Nombre del producto	Dosis	Notas – Si corresponde
Hyftor® Gel	All	New criteria
Lytgobi® Tablet	All	New criteria
Qutenza® Kit	All	New criteria
Rezlidhia® Capsule	All	New criteria
Vivjoa® Capsule	All	New criteria

¿Qué debe hacer?

Primero, hable con la persona que le receta. Hay distintas formas en que usted y la persona que receta pueden encontrar información sobre medicamentos:

- Puede buscar en nuestro sitio web, en **CareSourcePASSE.com**. En la página “Afiliados”, vaya a “Herramientas y Recursos” y haga clic en “Encontrar mis medicamentos con receta”.

- O llame al Departamento de Servicios para Afiliados, al **1-833-230-2005** (TDD/TTY: 711).

Estamos aquí para ayudarle. El Departamento de Servicios para Afiliados a CareSource PASSE está abierto de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. hora del centro.

Atentamente,

CareSource PASSE

AR-PAS-M-1135300-SP-V.6

Aprobado por DHS: 3/18/2022