



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

Asunto: Resumen de cambios al Formulario/a la Autorización previa en vigor a partir del 1 DE OCTUBRE DE 2024

Su atención médica es nuestra prioridad. Por ello, le escribimos para informarle que el 1 DE OCTUBRE DE 2024 habrá cambios en la Lista de medicamentos preferidos (PDL) de Medicaid de Arkansas y en la administración de productos que no están en la PDL de Medicaid de Arkansas de CareSource PASSE. Una PDL es una lista de medicamentos preferidos.

RESUMEN DE CAMBIOS A LA PDL DE MEDICAID DE ARKANSAS EN VIGOR A PARTIR DEL 1 DE OCTUBRE DE 2024.

LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS SERÁN PREFERIDOS EN LA PDL EN VIGOR A

Nombre del producto	Dosis	Notas (si corresponde)
ADDERALL® XR, CÁPSULAS	TODAS	Actualización: sigue siendo preferido; *Entrada en vigor 9/1/2024
ANFETAMINA/DEXTROANFETAMINA, CÁPSULAS DE LIBERACIÓN PROLONGADA (GENÉRICO de ADDERALL XR®)	TODAS	Preferido; Se requiere autorización previa; *Entró en vigor el 7/1/2024
AMPYRA® Y GENÉRICO de DALFAMPRIDINA, LIBERACIÓN PROLONGADA	TODAS	Preferido sin autorización previa
ASMANEX® HFA	TODAS	Preferido sin autorización previa; *Entró en vigor el 7/1/2024
CONCERTA® COMPRIMIDOS	TODAS	Actualización: sigue siendo preferido; *Entrada en vigor 9/1/2024
ESTRADIOL (GENÉRICO de ESTRACE®), CREMA	TODAS	Preferido sin autorización previa
FINGOLIMOD (GENÉRICO de GILENYA GILENYA®), CÁPSULAS	TODAS	Preferido sin autorización previa
KESIMPTA®, LAPICERA		Preferido; se requiere autorización previa
METILFENIDATO, COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA (GENÉRICO de CONCERTA®)	TODAS	Preferido; Se requiere autorización previa; *Entró en vigor el 7/1/2024
CARBONATO DE SEVELÁMERO, COMPRIMIDOS (GENÉRICO de RENVELA®)	TODAS	Preferido sin autorización previa; *Entró en vigor el 7/1/2024

TERIFLUNOMIDA (GENÉRICO de AUBAGIO®), COMPRIMIDOS	TODAS	Preferido sin autorización previa
---	-------	-----------------------------------

LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS SERÁN NO PREFERIDOS EN LA PDL EN VIGOR A PARTIR DEL 1 DE OCTUBRE DE 2024*.

Nombre del producto	Dosis	Notas (si corresponde)
EPINEFRINA, AUTOINYECTOR	0.15 MG, 0.3 MG	NDC agregadas como no preferidas: 115169549,00093598627, 00115169449 y 00093598527; *Entró en vigor el 7/1/2024
FLOVENT® DISKUS Y HFA	TODAS	No preferido; *Entró en vigor el 7/1/2024
RENVELA® COMPRIMIDOS	TODAS	No preferido; *Entrada en vigor 9/1/2024
SUMATRIPTÁN (GENÉRICO de IMITREX®), JERINGA	6 MG/0.5 ML	Corrección: sigue siendo no preferido; *Entró en vigor el 7/1/2024

LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS TIENEN UN CAMBIO EN LA AUTORIZACIÓN PREVIA/LOS CRITERIOS DE LA PDL EN VIGOR A PARTIR DEL 1 DE OCTUBRE DE 2024.*

Nombre del producto	Dosis	Notas (si corresponde)
ADALIMUMAB-RYVK (CF) (Genérico de SIMLANDI®), JERINGA	40 MG	Se actualizaron los criterios y el límite de cantidad a 2 unidades por 21 días; *Entró en vigor el 7/19/2024
ADBRY®, AUTOINYECTOR	300 MG/2 ML	Se actualiza el límite de cantidad a 4 comprimidos por 23 días; *Entró en vigor el 7/1/2024
ARNUITY ELLIPTA®, AMPOLLA, CON DISPOSITIVO DE INHALACIÓN	100 MCG, 200 MCG	Se actualiza el límite de cantidad a 1 inhalador (30 unidades) cada 23 días; *Entró en vigor el 7/1/2024
AUSTEDO® XR, COMPRIMIDOS Y ENV. DOSIFICADOR	18 MG, 12 MG, 18 MG, 24 MG, 30 MG	Se actualiza el límite de cantidad a 1 comprimido por día; *Entró en vigor el 7/2/2024
CARBAMAZEPINA (Genérico de TEGRETOL®), SUSPENSIÓN ORAL	100 MG/5 ML	Se actualiza el límite de edad *Entró en vigor el 8/1/2024
CLINDAMYCIN-D5W, SOLUCIÓN INTRAVENOSA	TODAS	Se actualiza el límite de cantidad para 900 MG/50 ML-D5W y 600 MG/50 ML-D5W a 7,750 ML en 23 días y 13,950 ML por 23 días para 300 MG/50 ML-D5W; *Entró en vigor el 5/31/2024

CEQUR® SIMPLICITY PATCH	TODAS	Se actualiza el límite de cantidad a 10 comprimidos por 23 días; *Entró en vigor el 8/1/2024
PRODUCTOS DE MONITOR CONTINUO DE GLUCOSA (CGM) (DEXCOM® G6 y G7, GUARDIAN® 4, GUARDIAN®, FREESTYLE® LIBRE)	SENSOR, TRANSMISOR, RECEPTOR, LECTOR, KIT DE INTRODUCCIÓN CORRESPONDIENTES	Se actualizaron los límites de cantidad Sensores Dexcom G6 y G7 (3 por 23 días), sensores Freestyle Libre 2 y Freestyle Libre 3 (2 por 23 días); Omnipod (15 por 23 días), dispositivo V-Go (30 por 23 días); Sensor de glucosa Guardian 4 y sensor Guardian 3 (4 cada 23 días), transmisor Dexcom G6 (1 cada 83 días); Receptores Dexcom G6 y G7, lectores Freestyle Libre 2 y Libre 3; Omnipod Kit Gen 5, Omnipod 5 G6-G7 Intro Kit Gen 5, Omnipod Dash Intro Kit Gen 4 (1 cada 365 días); *Entró en vigor el 8/1/2024
DEFERASIROX (GENÉRICO DE JADENU®), COMPRIMIDOS	TODAS	Criterios actualizados; *Entró en vigor el 7/1/2024
ENTRESTO®, PERLAS DISPERSABLES	TODAS	Se actualizaron los criterios y el límite de cantidad a 120 perlas por 23 días; *Entró en vigor el 4/12/2024
EOHILIA®, SUSPENSIÓN EN PAQUETE	TODAS	Se actualiza el límite de cantidad a 600 ML por 23 días; *Entró en vigor el 7/1/2024
IMITEX®, CARTUCHO, LAPICERA INYECTORA Y COMPRIMIDOS	TODAS	Actualmente no preferido; Nueva adición a la Lista de Medicamentos Preferidos (PDL); *Entró en vigor el 7/1/2024
LIVDELZI®, CÁPSULAS	SELADELPAR	Se actualizaron los criterios y el límite de cantidad a 31 cápsulas por 23 días; *Entró en vigor el 8/23/2024
LIVMARLI®, SOLUCIÓN ORAL	19 MG/ML	Se actualiza el límite de concentración y edad; *Entró en vigor el 7/25/2024
MAXALT®, COMPRIMIDOS y COMPRIMIDOS MLT	10 MG	Actualmente no preferido; Nueva adición a la Lista de Medicamentos Preferidos (PDL); *Entró en vigor el 7/1/2024

CLORHIDRATO DE METFORMINA (GENÉRICO de GLUCOPHAGE® XR), COMPRIMIDOS DE LIBERACIÓN PROLONGADA	500 MG	Se actualiza el límite de cantidad a 124 comprimidos por 23 días; *Entró en vigor el 5/28/2024
NALOXONA, JERINGA	0.4 MG/ML	Se actualiza el límite de cantidad a 8 ML por surtido; *Entró en vigor el 6/26/2024
PRADAXA® Y GENÉRICO DE DABIGATRÁN, CÁPSULAS	110 MG	Se actualiza el límite de cantidad a 62 comprimidos por 23 días. *Entró en vigor el 8/12/2024
RETEVMO®, COMPRIMIDOS	TODAS	Se actualiza el límite de cantidad a 62 comprimidos por 23 días. *Entró en vigor el 7/31/2024
SCEMBLIX®, COMPRIMIDOS	100 MG	Se actualiza el límite de cantidad a 124 comprimidos por 23 días; *Entró en vigor el 4/18/2024
SITAGLIPTIN-METFORMIN (GENÉRICO de JANUMET® XR), COMPRIMIDOS	TODAS	Se actualiza el límite de cantidad a 2 comprimidos por día y 62 comprimidos por 23 días; *Entró en vigor el 6/14/2024
TALTZ®, JERINGA	20 MG/0.25ML, 40 MG/0.5ML	Se actualizaron las concentraciones y el límite de cantidad para la jeringa de 20 mg/0.25 ml (0.25 ML en 23 días) y la jeringa de 40 mg/0.5 ml (0.5 ml en 23 días); *Entró en vigor el 8/5/2024
TYENNE®, LAPICERA INYECTORA Y JERINGA	TODAS	Se actualizaron los criterios y el límite de cantidad a 3.6 ml por 23 días; *Entró en vigor el 6/18/2024
VAFSEO®, COMPRIMIDOS	150 MG, 300 MG	Se actualizaron los criterios y el límite de cantidad a 2 comprimidos por día y 62 comprimidos por 23 días para Vafseo 300 mg y 3 comprimidos por día y 93 comprimidos por 23 días para Vafseo 150 mg. *Entró en vigor el 7/22/2024 y el 7/18/2024 respectivamente.
CLORHIDRATO DE VANCOMICINA, FRASCO	1.75 G, 2 G	Se actualiza el límite de cantidad *Entró en vigor el 7/23/2024
VIGAFYDE®, SOLUCIÓN ORAL	100 MG/ML	Se actualiza el límite de edad *Entró en vigor el 8/6/2024
VIJOICE®, PAQUETE DE GRÁNULOS	50 MG	Se actualiza el límite de cantidad *Entró en vigor el 4/24/2024

VORANIGO [®] , COMPRIMIDOS	40 MG	Criterios, límite de edad y límite de cantidad actualizados; *Entró en vigor el 8/7/2024
WEGOVY [®] , LAPICERA INYECTORA	TODAS	Criterios actualizados y límite de cantidad; *Entró en vigor el 7/17/2024
ZORYVE [®] , CREMA	0.3 %	Se actualiza el límite de edad *Entró en vigor el 8/7/2024

RESUMEN DE CAMBIOS A PRODUCTOS QUE NO ESTÁN EN LA PDL DE MEDICAID DE ARKANSAS EN VIGOR A PARTIR DEL 1 DE OCTUBRE DE 2024:

LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS TIENEN UN CAMBIO EN LOS CRITERIOS DE AUTORIZACIÓN PREVIA/LA PDL EN VIGOR A PARTIR DEL 1 DE OCTUBRE DE 2024.

Nombre del producto	Dosis	Notas (si corresponde)
BRINEURA [®] , KIT	TODAS	Se requiere autorización previa para el beneficio médico: código J0567
KANUMA [®] , FRASCO	TODAS	Se requiere autorización previa para el beneficio médico: código J2840
LAMZEDE [®] , FRASCO	TODAS	Se requiere autorización previa para el beneficio médico: código J0217
RYPLAZIM [®] , FRASCO	TODAS	Se requiere autorización previa para el beneficio médico: código J2998
SOLIRIS [®] , FRASCO	TODAS	Se requiere autorización previa para el beneficio médico: código J1300
ULTOMIRIS [®] , FRASCO	TODAS	Se requiere autorización previa para el beneficio médico: código J1303
UPLIZNA [®] , FRASCO	TODAS	Se requiere autorización previa para el beneficio médico: código J1823
VYEPTI [®] , FRASCO	TODAS	Se requiere autorización previa para el beneficio médico: código J3032
XENPOZYME [®] , FRASCO	TODAS	Se requiere autorización previa para el beneficio médico: código J0218

¿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 (CST).
Atentamente,

CareSource PASSE

AR-PAS-M-1135300-V.12a-SP

Aprobado por DHS: 2/23/2022