



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 enero de 2025.

Su atención médica es nuestra prioridad. Por ello, le escribimos para informarle que el 1 de enero de 2025 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 parte 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 ENERO DE 2025:**

**LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS SERÁN PREFERIDOS EN LA PDL EN VIGOR A PARTIR DEL 1 DE ENERO DE 2025.**

Nombre del producto	Dosis	Notas
MYRBETRIQ®, COMPRIMIDO DE LIBERACIÓN PROLONGADA	TODAS	
OLANZAPINA/FLUOXETINA (GENÉRICO DE SYMBYAX®), CÁPSULA	TODAS	Se aplican los criterios
OMNIPOD 5®	G6/LIBRE 2 PLUS, INTRO G6/LIBRE 2 PLUS	Actualizado a preferido – Entró en vigor el 10/4/24; Se actualiza el límite de cantidad para OMNIPOD 5 INTRO (G6/LIBRE 2 PLUS) - Entró en vigor el 8/16/24
PERFECT POINT®, LANCETA DE SEGURIDAD	28 G, 30 G	Entró en vigor el 8/16/24
QULIPTA®, COMPRIMIDO	TODAS	Se aplican los criterios
UZEDY ER®, JERINGA	TODAS	Se aplican los criterios
VRAYLAR®, CÁPSULA	TODAS	Se aplican los criterios

**LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS SERÁN NO PREFERIDOS EN LA PDL EN VIGOR A PARTIR DEL 1 DE ENERO DE 2025.**

Nombre del producto	Dosis	Notas
ALOPURINOL (GENÉRICO DE ZYLOPRIM®), COMPRIMIDO	200 MG	Entró en vigor el 9/4/24
CELEBREX®, CÁPSULA	50 MG, 200 MG, 400 MG	Entró en vigor el 9/27/24
COSOPT®, GOTAS OFTÁLMICAS	22.3 MG-6.8 MG/ML	Entró en vigor el 9/27/24

Nombre del producto	Dosis	Notas
COZAAR <sup>®</sup> , COMPRIMIDO	25 MG, 50 MG	Actualizado a no preferido - Comprimido de 25 mg - Entró en vigor el 9/13/24; 50 MG - Entró en vigor el 10/16/24
HIDROCORTISONA, CREMA	1% (453.6 G)	Entró en vigor el 11/13/24
HYZAAR <sup>®</sup> , COMPRIMIDO	50-12.5 MG	Entró en vigor el 10/16/24
LIPITOR <sup>®</sup> , COMPRIMIDO	TODAS	Entró en vigor el 9/13/24
MAXITROL <sup>®</sup> , GOTAS OFTÁLMICAS	0.1 %	Entró en vigor el 9/27/24
NORVASC <sup>®</sup> , COMPRIMIDO	10 MG	Entró en vigor el 9/13/24
OXCARBAZEPINA (GENÉRICO DE TRILEPTAL <sup>®</sup> ), SUSPENSIÓN	300 MG/5 ML	Entró en vigor el 12/1/24
SEROQUEL <sup>®</sup> , COMPRIMIDO	TODAS	Entró en vigor el 9/27/24
TENORETIC <sup>®</sup> , COMPRIMIDO	TODAS	Entró en vigor el 9/16/24

**LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS TIENEN UN CAMBIO EN LA AUTORIZACIÓN PREVIA  
O LOS CRITERIOS DE LA PDL EN VIGOR A PARTIR DEL 1 DE ENERO DE 2025.**

Nombre del producto	Dosis	Notas
ADALIMUMAB-AACF (CF), KIT DE LAPICERA INYECTABLE DE CROHN	40 MG/0.8 ML	Se actualiza el límite de cantidad; Entró en vigor el 9/10/24
AUGTYRO <sup>®</sup> , CÁPSULA	160 MG	Se actualiza el límite de edad y cantidad; Entró en vigor el 11/1/24
COBENFY <sup>®</sup> , CÁPSULA	100 MG-20 MG	Se actualiza el límite de cantidad; Entró en vigor el 9/27/24
CREXONT <sup>®</sup> , CÁPSULA DE LIBERACIÓN PROLONGADA	TODAS	Se actualiza el límite de cantidad; Entró en vigor el 8/14/24
EBGLYSS <sup>®</sup> , LAPICERA INYECTORA	250 MG/2 ML	Se actualiza el límite de edad; Entró en vigor el 8/14/24
ERZOFRI <sup>®</sup> , JERINGA	TODAS	Se actualiza el límite de edad; Entró en vigor el 10/24/24
ESTRADIOL GEL (GENÉRICO DE ESTROGEL <sup>®</sup> ), BOMBA	0.06 %	Se actualiza el límite de edad; Entró en vigor el 10/23/24
FEMLYV <sup>®</sup> , COMPRIMIDO DE DISOLUCIÓN ORAL	1 MG-0.02 MG	Se actualiza el límite de edad y cantidad; Entró en vigor el 9/11/24
FRAICHE <sup>®</sup> 5000, GEL ODONTOLÓGICO	1.1 %	Se elimina el límite de cantidad; Entró en vigor el 8/12/24
GRASTEK <sup>®</sup> , COMPRIMIDO DE LIBERACIÓN LENTA	2,800 BAU	Se actualiza el límite de cantidad; Entró en vigor el 9/20/24

Nombre del producto	Dosis	Notas
HIDROCODONA-ACETAMINOFENO, SOLUCIÓN ORAL	10-325 MG/15 ML	Se actualiza el límite de cantidad; Entró en vigor el 8/22/24
LAZCLUZE®, COMPRIMIDO	TODAS	Se actualiza el límite de cantidad; Entró en vigor el 8/24/24
NALOXONA, FRASCO	0.4 MG/ML	Se actualiza el límite de edad; Entró en vigor el 9/23/24
NISTATINA (GENÉRICO DE NYSTOP®), EN POLVO	100,000 UNIDADES/G	Se actualiza el límite de cantidad; Entró en vigor el 10/2/24
OFLOXACINA (GENÉRICO DE OCUFLOX®), GOTAS OFTÁLMICAS	0.3 %	Se actualiza el límite de cantidad; Entró en vigor el 11/6/24
ONYDA®, SUSPENSIÓN DE LIBERACIÓN EXTENDIDA	0.1 MG/ML	Se actualiza el límite de cantidad; Entró en vigor el 8/23/24
ORALAIR®, COMPRIMIDO SUBLINGUAL	300 IR	Se actualiza el límite de cantidad; Entró en vigor el 7/17/24
OTEZLA®, ENVASE DOSIFICADOR, COMPRIMIDO	10-20-30 MG, 30 MG	Se actualiza el límite de edad; Entró en vigor el 9/6/24
CLORHIDRATO DE OXICODONA IR (GENÉRICO DE ROXICODONA®), COMPRIMIDO	5 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG	Se actualizan los criterios; Entró en vigor el 9/20/24
PENCICLOVIR (GENÉRICO DE DENAVIR®), CREMA	1 %	Se actualiza a requerimiento de autorización previa. Entró en vigor el 11/5/24
PENICILINA G (GENÉRICO DE BICILLIN L-A®), JERINGA	1.2 MILLONES/UNIDAD/2 ML	Se actualiza el límite de cantidad; Entró en vigor el 9/13/24
RAGWITEK®, COMPRIMIDO SUBLINGUAL	12 UNIDADES	Se actualiza el límite de cantidad; Entró en vigor el 9/20/24
TWIIST®, KIT DE RESURTIDO	N/C	Se actualiza el límite de cantidad; Entró en vigor el 7/3/24
VOYDEYA®, COMPRIMIDO	TODAS	Se actualiza el límite de cantidad; Entró en vigor el 7/17/24

Nombre del producto	Dosis	Notas
WINREVAIR®, KIT	TODAS	Se actualiza el límite de cantidad; Entró en vigor el 10/16/24
YORVIPATH®, LAPICERA	TODAS	Se actualiza el límite de cantidad; entró en vigor el 9/9/24; Se actualizan los criterios; entró en vigor el 9/20/24
ZITUVIMET®, COMPRIMIDO DE COMPRIMIDO	100-1,000 MG, 50-1,000 MG	Se actualiza el límite de cantidad; Entró en vigor el 10/14/24
TARTRATO DE ZOLPIDEM (GENÉRICO DE AMBIEN®), COMPRIMIDO	5 MG, 10 MG	Se actualiza el límite de cantidad; Entró en vigor el 8/30/24

**RESUMEN DE CAMBIOS A PRODUCTOS QUE NO ESTÁN EN LA PDL DE MEDICAID DE ARKANSAS EN VIGOR A PARTIR DEL 1 DE ENERO DE 2025.**

**LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS TIENEN UN CAMBIO EN LA AUTORIZACIÓN PREVIA/LOS CRITERIOS EN VIGOR A PARTIR DEL 1 DE ENERO DE 2025.**

Nombre del producto	Dosis	Notas
KISUNLA®, FRASCO	350 MG/20 ML	Se requiere autorización previa para el beneficio médico con código: J0175
PIASKY®, FRASCO	340 MG/2 ML	Se requiere autorización previa para el beneficio médico

**¿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