



PO Box 723308, Atlanta, GA 31139-1308 | CareSource.com

Asunto: Resumen de los cambios a la PDL en vigor partir del 1 DE OCTUBRE DE 2024

Estimado/a afiliado/a a CareSource:

Su atención médica es nuestra prioridad. Por este motivo, le escribimos para informarle que, el 1 DE OCTUBRE DE 2024, CareSource cambiará la Lista de medicamentos preferidos (Preferred Drug List, PDL). Una PDL es una lista de medicamentos preferidos.

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

Nombre de marca	Nombre genérico	Dosis	Notas (si corresponde)
N/C	ÁCIDO TRANEXÁMICO, COMPRIMIDOS	650 MG	
REPATHA SURECLICK, LAPICERA INYECTORA Y JERINGA	EVOLOCUMAB	140 MG/ML	Se necesita autorización previa. *Entró en vigor el 7/8/2024

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

Nombre de marca	Nombre genérico	Dosis	Notas (si corresponde)
BEQVEZ KIT	FIDANACOGENE ELAPARVOVEC-DZKT	1X10 ¹³ /ML	Beneficio médico con revisión de necesidad médica
ENTYVIO, LAPICERA INYECTORA	VEDOLIZUMAB	108 MG/ 0.68 ML	Nueva formulación de dosis
LENMELDY, INYECTABLE	FIDANACOGENE ELAPARVOVEC-DZKT	11.8X 10 ⁶ CÉLULAS/M L	Beneficio médico con revisión de necesidad médica
OPILA, COMPRIMIDOS	NORGESTREL	75 MCG	De venta libre

OPSYNVI, COMPRIMIDOS	MACITENTAN/TADAL AFILO	TODAS	Límite de cantidad de 1 comprimido por día
REZDIFFRA, COMPRIMIDOS	RESMETIROM	TODAS	Límite de cantidad de 1 comprimido por día
SPEVIGO, JERINGA	SPESOLIMAB-SBZO	150 MG/ML	Nueva formulación de jeringa precargada
TRYVIO, COMPRIMIDOS	APROCITENTAN	12.5 MG	
VOQUEZNA, COMPRIMIDOS	FUMARATO DE VONOPRAZÁN	10 MG, 20 MG	
VOYDEYA, COMPRIMIDOS	DANICOPAN	TODAS	Límite de cantidad de 6 comprimidos por día
WINREVAIR KIT	SOTATERCEPT- CSRK	TODAS	Cubierto por el beneficio de farmacia - No preferido y beneficio médico - Beneficio médico con revisión de necesidad médica; Límite de cantidad de 1 kit en 21 días
XOLAIR, INYECTOR AUTOMÁTICO	OMALIZUMAB	75 MG/0.5 ML, 150 MG/ ML, 300 MG/2 ML	Nueva formulación de autoinyector
XOLREMDI, CÁPSULAS	MAVORIXAFOR	100 MG	Límite de cantidad de 4 cápsulas por día

EL ESTADO DE LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS CAMBIARÁ A PARTIR DEL 1 DE OCTUBRE DE 2024.*

Nombre de marca	Nombre genérico	Dosis	Notas (si corresponde)
ACTHAR GEL, FRASCO	CORTICOTROPINA	TODAS	Se requiere autorización previa para el beneficio médico: código J0801
BRINEURA, KIT	CERLIPONASA ALFA	TODAS	Se requiere autorización previa para el beneficio médico: código J0567
DUVYZAT, SUSPENSIÓN ORAL	CLORHIDRATO DE GIVINOSTAT	TODAS	Límite de cantidad de 3 caja por 30 días

EOHILIA, SUSPENSIÓN EN PAQUETE	BUDESONIDA	TODAS	Límite de cantidad de 20 ml (2 paquetes) por día
ANTICONCEPTIVO S DE EMERGENCIA SOLO CON EL INGREDIENTE LEVONORGESTRE L (CLASE OTC)	N/C	N/C	Excluido de la atención entre embarazos y planificación familiar
OGSIVEO, COMPRIMIDOS	HIDROBROMURO DE NIROGACESTAT	50 MG	Actualización: Límite de cantidad para comprimidos de 50 mg (6 comprimidos al día), 100 mg y 150 mg (2 comprimidos al día) *Entró en vigor el 7/1/2024
IXINIDAD, FRASCO	FACTOR IX RECOMBINANTE HUMANO, Treonina 148	TODAS	Se requiere autorización previa para el beneficio médico: código J7213
JESDUVROQ, COMPRIMIDOS	DAPRODUSTAT	TODAS	Límite de cantidad de 3 comprimidos por día
JOENJA, COMPRIMIDOS	FOSFATO DE LNIOLISIB	TODAS	Límite de cantidad de 2 comprimidos por día
LAMZEDE, FRASCO	VELMANASA ALFA- TYCV	TODAS	Se requiere autorización previa para el beneficio médico: código J0217
LEQVIO, JERINGA	INCLISIRAN SÓDICO	TODAS	Se requiere autorización previa para el beneficio médico: código J1306
PYRUKYND, COMPRIMIDO ORAL, ENV. DOSIFICADOR	ENV. DOSIFICADOR	TODAS	Límite de cantidad de 2 comprimidos por día
ROCTAVIAN, FRASCO	INCLISIRAN SÓDICO	TODAS	Se requiere autorización previa para el beneficio médico: código J1412
RYPLAZIM, FRASCO	PLASMINOGEN, HUMAN-TVMH	TODAS	Se requiere autorización previa para el beneficio médico: código J2998
SUPPRELIN LA KIT	ACETATO DE HISTRELINA	TODAS	Se requiere autorización previa para el beneficio médico: código J9226

TREMFYA, JERINGA Y AUTOINYECTOR	GUSELKUMAB	100 MG/ML	Beneficio médico agregado
WEGOVY, LAPICERA INYECTORA	SEMAGLUTIDA	TODAS	Límite de cantidad de 4 lapiceras por 28 días
UPTRAVI, COMPRIMIDOS	SELEXIPAG	200 MCG	Se actualizó el límite de cantidad para los 66215060214 NDC de 2 frascos por 292 días a 2 comprimidos por día. *Entró en vigor el 7/26/2024
XOLAIR, FRASCO	OMALIZUMAB	TODAS	Se requiere autorización previa para el beneficio médico: código J2357

¿Qué debe hacer?

En primer lugar, hable con su proveedor de atención médica. Es posible que haya otros medicamentos en la PDL de CareSource que puede tomar en su lugar. Hay algunas maneras en que usted y la persona que le receta pueden encontrar medicamentos:

- Puede consultar nuestro sitio web en **CareSource.com**. En la página Afiliados, vaya a Herramientas y recursos y haga clic en “Encontrar mis medicamentos con receta”.
- También puede llamar al Departamento de Servicios para Afiliados al **1-855-202-0729**
(TTY: 1-800-255-0056 o 711).

Estamos aquí para ayudarle. El Departamento de Servicios para Afiliados a CareSource está abierto de lunes a viernes, de 7 a. m. a 7 p. m.

Atentamente,

CareSource RX Innovations

CareSource cumple las leyes vigentes sobre derecho civil estatales y federales, y no discrimina por motivos de edad, sexo, identidad de género, color, raza, discapacidad, nacionalidad, estado civil, preferencia sexual, filiación religiosa, estado de salud ni estado de asistencia pública.

Si usted o alguien a quien ayuda tiene preguntas sobre CareSource, tiene derecho a recibir esta información y ayuda en su propio idioma sin costo. Para hablar con un intérprete, llame al número de Servicios para Afiliados que figura en su tarjeta de identificación.

如果您或者您在帮助的人对 CareSource 存有疑问，您有权 免费获得以您的语言提供的帮助和信息。如果您需要与一位翻译交谈，请拨打您的会员 ID 卡上的会员服务电话号码

GA-MMED-1760a-V.17-SP
Aprobado por DCH: 02/21/2019