



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

Asunto: Resumen de los cambios a la PDL en vigor a partir del 1 de enero de 2025

Estimado/a afiliado/a a CareSource:

Su atención médica es nuestra prioridad. Por este motivo, le escribimos para informarle que el 1 de enero de 2025, CareSource cambiará la Lista de medicamentos preferidos (PDL). Una PDL es una lista de medicamentos preferidos.

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

| Nombre de marca | Nombre genérico | Dosis | Notas |
|-----------------|--------------------------------------|---|--|
| | adalimumab-adbm | Todas | Cyltezo sin marca; Preferido y requiere autorización previa |
| Bimzelx | bimekizumab-bkzx | Todas | Requiere autorización previa |
| Dupixent | dupilumab | Todas | Requiere autorización previa |
| | eritromicina de liberación retardada | comprimido o de 500 mg | En vigor a partir del 11/20/2024, la marca Ery-Tab DR no es preferida (incluye la atención entre embarazos en vigor a partir del 10/31/2024) |
| | everolimus | comprimido/ comprimido para suspensión de 2.5 mg, 5 mg y 7.5 mg | En vigor a partir del 10/31/2024, la marca Afinitor/Afinitor Disperz no es preferida |
| | dapagliflozina | Todas | Producto preferido: Genérico autorizado (AG) de Farxiga |
| Tyenne | tocilizumab-aazg | Todas | Las formas de dosificación subcutáneas (SQ) son las preferidas y requieren autorización previa |

| Nombre de marca | Nombre genérico | Dosis | Notas |
|-----------------|--|-------|--|
| Xeljanz | tofacitinib | 5 mg | Se agregan los comprimido de 5 mg como preferidos y requiere autorización previa; En línea con los comprimido de 10 mg |
| | dapagliflozina - metformina de liberación prolongada | Todas | Producto preferido: Genérico autorizado (AG) de Xigduo XR |

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

| Nombre de marca | Nombre genérico | Dosis | Notas |
|----------------------------|--------------------------------------|----------------------|--|
| | adalimumab-fkjp | Todas | Se actualiza Hudio sin marca a no preferido |
| Afinitor, Afinitor Disperz | everolimus | Todas | Producto preferido: everolimus, en vigor a partir del 10/31/2024 |
| | albuterol HFA | 90 mcg | Excluido de planificación familiar |
| | colchicina | Todas | Excluido de planificación familiar |
| | ácido fólico | Todas | Excluido de la tención entre embarazos y planificación familiar |
| Ery-Tab DR | eritromicina de liberación retardada | comprimido de 500 mg | Producto preferido: eritromicina DR, en vigor a partir del 11/20/2024 (incluye atención entre embarazos, en vigor a partir del 10/31/2024) |
| Invokamet | canagliflozina/metformina | Todas | Productos preferidos: dapagliflozina (genérico autorizado de Farxiga) y dapagliflozina-metformina de liberación prolongada (genérico autorizado de Xigduo de liberación extendida) |
| | medroxiprogesterona, oral | Todas | Excluido de planificación familiar |

| | | | |
|------------|---------------------------|-------|---|
| | metformina | Todas | Excluido de planificación familiar |
| | metirosina | Todas | Excluido de planificación familiar |
| | progesterona micronizada | Todas | Excluido de planificación familiar |
| Segluromet | ertugliflozina/metformina | Todas | Productos preferidos: dapagliflozina (genérico autorizado de Farxiga) y dapagliflozina-metformina ER (genérico autorizado de Xigduo XR) |
| Steglatro | ertugliflozina | Todas | Productos preferidos: dapagliflozina (genérico autorizado de Farxiga) y dapagliflozina-metformina ER (genérico autorizado de Xigduo XR) |
| Synthroid | levotiroxina | Todas | Excluido de planificación familiar |

LOS SIGUIENTES MEDICAMENTOS TENDRÁN UN CAMBIO EN SU ESTADO EN VIGOR A PARTIR DEL 1 DE ENERO DE 2025.

| Nombre de marca | Nombre genérico | Dosis | Notas |
|-----------------|------------------|-------|---|
| Kisunla | donanemab-azbt | Todas | Se requiere autorización previa para el beneficio médico con código: J0175 |
| Nivestym | filgrastim-aafi | 1 mcg | Se requiere autorización previa para el beneficio médico con código: Q5110 |
| Piasky | crovalimab-akkz | Todas | Requiere autorización previa para el beneficio médico |
| Tofidence | tocilizumab-bavi | Todas | Se agrega una forma de dosificación intravenosa a la política que requiere autorización previa para obtener el beneficio médico |
| Tyenne | tocilizumab-aazg | Todas | Se agrega una forma de dosificación intravenosa a la póliza que requiere autorización previa para obtener un beneficio médico |

| Nombre de marca | Nombre genérico | Dosis | Notas |
|-----------------|-----------------|-------|---|
| Vafseo | vadadustat | Todas | Se actualiza el límite de cantidad; en vigor a partir del 10/1/2024 |
| Zarxio | filgrastim-sndz | 1 mcg | Se requiere autorización previa para el beneficio médico con código: Q5101 Su autorización previa aprobada actualmente permanecerá en vigor hasta su fecha de vencimiento documentada. |

¿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: 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.18-SP
Aprobado por DCH: 02/21/2019