Humana
Healthy Horizons®
in Florida

Cambios en la Lista de Medicamentos Preferidos de Humana Healthy Horizons in Florida

Este documento fue actualizado el [10/22/2026].

Para ver su lista completa de medicamentos en inglés, **haga clic aquí**. To view in English, **click here**.

La Lista de Medicamentos Preferidos para Humana Healthy Horizons® in Florida puede cambiar durante el año. Estos cambios pueden implicar que un medicamento ya no sea preferido o que tenga nuevas condiciones para ser cubierto por nosotros. A continuación, se incluye una lista de los medicamentos que cambiaron.

Cómo leer los cambios en su Lista de Medicamentos Preferidos

- **Eliminación de la lista de medicamentos:** Estos medicamentos eran preferidos, pero fueron eliminados de la lista de medicamentos. Si se elimina su medicamento de la lista de medicamentos, es posible que tenga que pagar su precio completo.
- **Autorización previa (PA, por sus siglas en inglés):** Estos medicamentos necesitan la aprobación de Humana Healthy Horizons antes de ser cubiertos. Esto se denomina autorización previa.
- **Terapia por fases (ST, por sus siglas en inglés):** Estos medicamentos tienen el requisito de que primero se pruebe, al menos, un medicamento diferente.

Los pasos que debe seguir

- **Hablar con su médico pronto.** Debe compartir esta lista con su médico. Puede ayudarle a decidir qué hacer a continuación.
- **Solicitar aprobación.** Si los medicamentos alternativos no funcionan, su médico debe informarle a Humana Healthy Horizons el motivo de por qué necesita su medicamento actual. Su médico puede encontrar los pasos para solicitar la aprobación en es-www.humana.com/PA.

Eliminación de la lista de medicamentos

Medicamento afectado	Medicamento alternativo	Fecha de entrada en vigencia
BD INSULIN SYR 1 ML 28GX1/2"	TRUEplus Insulin 1 mL 28 gauge x 1/2" syringe	1/1/2027
BILDYOS 60 MG/ML SYRINGE	Enoby subcutaneous syringe	1/1/2027
BILPREVDA 120 MG/1.7 ML VIAL	Xtrenbo subcutaneous solution	1/1/2027
BRINSUPRI 10 MG TABLET	Consulte a su médico	1/1/2027
BRINSUPRI 25 MG TABLET	Consulte a su médico	1/1/2027
CALDOLOR 800 MG/200 ML BAG	Consulte a su médico	1/1/2027
CALDOLOR 800 MG/8 ML VIAL	Consulte a su médico	1/1/2027
CHANTIX 0.5 MG TABLET	varenicline tartrate tablet	1/1/2027
CHANTIX 1 MG CONT MONTH BOX	varenicline tartrate tablet	1/1/2027
CHANTIX 1 MG TABLET	varenicline tartrate tablet	1/1/2027
CHANTIX STARTING MONTH BOX	varenicline tartrate tablets in a dose pack	1/1/2027
CIMERLI 0.3 MG/0.05 ML VIAL	Consulte a su médico	1/1/2027
CIMERLI 0.5 MG/0.05 ML VIAL	Consulte a su médico	1/1/2027
DOXYCYCLINE HYCLATE 75 MG CAP	doxycycline hyclate 50 mg capsule; doxycycline monohydrate 75 mg tablet	1/1/2027
EXEL INS SYR U100 1 ML 28GX1/2	TRUEplus Insulin 1 mL 28 gauge x 1/2" syringe	1/1/2027
FOLIVANE-OB CAPSULE	Elite-OB tablet	1/1/2027
GNP INS SYRINGE 1 ML 28G 1/2"	TRUEplus Insulin 1 mL 28 gauge x 1/2" syringe	1/1/2027
IBRANCE 100 MG CAPSULE	Ibrance tablet; Kisqali tablet	1/1/2027
IBRANCE 125 MG CAPSULE	Ibrance tablet; Kisqali tablet	1/1/2027
IBRANCE 75 MG CAPSULE	Ibrance tablet; Kisqali tablet	1/1/2027
INSULIN SYRINGE 1 ML 28G 1/2"	TRUEplus Insulin 1 mL 28 gauge x 1/2" syringe	1/1/2027
INSULIN SYRINGE 1 ML 28G 13MM	TRUEplus Insulin 1 mL 28 gauge x 1/2" syringe	1/1/2027
INSULIN SYRINGE 1 ML 28GX1/2"	TRUEplus Insulin 1 mL 28 gauge x 1/2" syringe	1/1/2027
INSULIN SYRINGE 1ML 28G 12.7MM	TRUEplus Insulin 1 mL 28 gauge x 1/2" syringe	1/1/2027
JUBBONTI 60 MG/ML SYRINGE	Enoby subcutaneous syringe	1/1/2027
METHOCARBAMOL 1,000 MG TABLET	orphenadrine citrate ER tablet,extended release; methocarbamol 750 mg tablet; cyclobenzaprine tablet	1/1/2027

Medicamento afectado	Medicamento alternativo	Fecha de entrada en vigencia
METHYLPHENIDATE ER 17.3 MG ODT	methylphenidate ER tablet,extended release 24 hr; methylphenidate CD biphasic 30-70 capsule,extended release	1/1/2027
METHYLPHENIDATE ER 25.9 MG ODT	methylphenidate ER tablet,extended release 24 hr; methylphenidate CD biphasic 30-70 capsule,extended release	1/1/2027
METHYLPHENIDATE ER 8.6 MG ODT	methylphenidate ER tablet,extended release 24 hr; methylphenidate CD biphasic 30-70 capsule,extended release	1/1/2027
Relistor 12 mg/0.6 mL subcutaneous solution	Consulte a su médico	1/1/2027
Relistor 12 mg/0.6 mL subcutaneous syringe	Consulte a su médico	1/1/2027
Relistor 8 mg/0.4 mL subcutaneous syringe	Consulte a su médico	1/1/2027
TRAZODONE 25 MG TABLET	nefazodone tablet	1/1/2027
TRAZODONE 75 MG TABLET	nefazodone tablet	1/1/2027
ULTICARE INS SYR 1 ML 28GX1/2"	TRUEplus Insulin 1 mL 28 gauge x 1/2" syringe	1/1/2027
XIIDRA 5% EYE DROPS	Restasis eye drops in a dropperette	1/1/2027
ZEGALOGUE 0.6 MG/0.6 ML SYRING	Glucagon Emergency Kit (human-recomb) solution for injection; Gvoke subcutaneous solution	1/1/2027
ZEGALOGUE 0.6 MG/0.6ML AUTOINJ	Gvoke HypoPen 2-Pack subcutaneous auto-injector	1/1/2027
BD INS SYR 0.3 ML 8MMX31G(1/2)	TRUEplus Insulin 0.3 mL 31 gauge x 5/16" syringe; Ultra-Fine Insulin Syringe 0.3 mL 31 gauge x 5/16"	11/13/2026
BD INS SYR U-500 1/2ML 6MMX31G	insulin U-500 syringe-needle 1/2 mL 31 gauge x 15/64"	11/13/2026
BD INS SYR UF 0.3ML 12.7MMX30G	Ultra-Fine Insulin Syringe 0.3 mL 30 gauge x 1/2"	11/13/2026
BD INS SYR UF 0.5ML 12.7MMX30G	Ultra-Fine Insulin Syringe 0.5 mL 30 gauge x 1/2"	11/13/2026
BD INS SYRN UF 1 ML 12.7MMX30G	Ultra-Fine Insulin Syringe 1 mL 30 gauge x 1/2"	11/13/2026
BD INS SYRN UF 1 ML 30G 12.7MM	Ultra-Fine Insulin Syringe 1 mL 30 gauge x 1/2"	11/13/2026

Medicamento afectado	Medicamento alternativo	Fecha de entrada en vigencia
BD INS SYRNG UF 0.3 ML 8MMX31G	Ultra-Fine Insulin Syringe 0.3 mL 31 gauge x 5/16"; TRUEplus Insulin 0.3 mL 31 gauge x 5/16" syringe	11/13/2026
BD INS SYRNG UF 0.5 ML 8MMX31G	Ultra-Fine Insulin Syringe 0.5 mL 31 gauge x 5/16"; TRUEplus Insulin 0.5 mL 31 gauge x 5/16" syringe	11/13/2026
BD INSULIN SYR 0.5 ML 28GX1/2"	insulin syringe U-100 with needle 1/2 mL 28 gauge x 1/2"; TRUEplus Insulin 1/2 mL 28 gauge x 1/2" syringe	11/13/2026
BD INSULIN SYR 1 ML 27GX5/8"	insulin syringe U-100 with needle 1/2 mL 28 gauge x 1/2"; TRUEplus Insulin 0.3 mL 29 gauge x 1/2" syringe	11/13/2026
BD INSULIN SYR 1 ML 28GX1/2"	insulin syringe U-100 with needle 1/2 mL 28 gauge x 1/2"; TRUEplus Insulin 0.3 mL 29 gauge x 1/2" syringe	11/13/2026
BD INSULIN SYR UF 1 ML 8MMX31G	Ultra-Fine Insulin Syringe; TRUEplus Insulin 1 mL 31 gauge x 5/16" syringe	11/13/2026
BD NANO 2 GEN PEN NDL 32G 4MM	Nano Pen Needle 32 gauge x 5/32"; TechLITE Pen Needle 32 gauge x 5/32"	11/13/2026
BD SafetyGlide Insulin Syringe 0.3 mL 29 gauge x 1/2"	TRUEplus Insulin 0.3 mL 29 gauge x 1/2" syringe	11/13/2026
BD SafetyGlide Insulin Syringe 0.3 mL 31 gauge x 15/64"	Ultra-Fine Insulin Syringe 0.3 mL 31 gauge x 15/64"	11/13/2026
BD SafetyGlide Insulin Syringe 0.3 mL 31 gauge x 5/16"	Ultra-Fine Insulin Syringe 0.3 mL 31 gauge x 5/16"; TRUEplus Insulin 0.3 mL 31 gauge x 5/16" syringe	11/13/2026
BD SafetyGlide Insulin Syringe 0.5 mL 29 gauge x 1/2"	TRUEplus Insulin 0.5 mL 29 gauge x 1/2" syringe	11/13/2026
BD SafetyGlide Insulin Syringe 0.5 mL 30 gauge x 5/16"	insulin syringe U-100 with needle 1/2 mL 28 gauge x 1/2"; TRUEplus Insulin 0.3 mL 29 gauge x 1/2" syringe	11/13/2026
BD SafetyGlide Insulin Syringe 0.5 mL 31 gauge x 15/64"	insulin syringe U-100 with needle 1/2 mL 28 gauge x 1/2"; TRUEplus Insulin 0.3 mL 29 gauge x 1/2" syringe	11/13/2026
BD SafetyGlide Insulin Syringe 1 mL 29 gauge x 1/2"	TRUEplus Insulin 1 mL 29 gauge x 1/2" syringe	11/13/2026
BD SafetyGlide Insulin Syringe 1 mL 31 gauge x 15/64"	Ultra-Fine Insulin Syringe 1 mL 31 gauge x 15/64"	11/13/2026
BD SafetyGlide Syringe 1 mL 27 gauge x 5/8"	insulin syringe U-100 with needle 1/2 mL 28 gauge x 1/2"; TRUEplus Insulin 0.3 mL 29 gauge x 1/2" syringe	11/13/2026

Medicamento afectado	Medicamento alternativo	Fecha de entrada en vigencia
BD UF MICRO PEN NEEDLE 6MMX32G	Ultra-Fine Pen Needle 32 gauge x 1/4"; TechLITE Pen Needle 32 gauge x 5/32"	11/13/2026
BD UF MINI PEN NEEDLE 5MMX31G	Ultra-Fine Pen Needle 31 gauge x 3/16"; TechLITE Pen Needle 31 gauge x 3/16"	11/13/2026
BD UF NANO PEN NEEDLE 4MMX32G	Nano 2nd Gen Pen Needle 32 gauge x 5/32"; TechLITE Pen Needle 32 gauge x 5/32"	11/13/2026
BD UF ORIG PEN NDL 12.7MMX29G	Ultra-Fine Pen Needle 29 gauge x 1/2"; TechLITE Pen Needle 29 gauge x 1/2"	11/13/2026
BD UF SHORT PEN NEEDLE 8MMX31G	Ultra-Fine Pen Needle 31 gauge x 3/16"; TechLITE Pen Needle 31 gauge x 3/16"	11/13/2026
BD VEO INS 0.3ML 6MMX31G (1/2)	Ultra-Fine Insulin Syringe (half unit) 0.3 mL 31 gauge x 15/64"	11/13/2026
BD VEO INS SYRING 1 ML 6MMX31G	Ultra-Fine Insulin Syringe 1 mL 31 gauge x 15/64"	11/13/2026
BD VEO INS SYRN 0.3 ML 6MMX31G	Ultra-Fine Insulin Syringe 0.3 mL 31 gauge x 15/64"	11/13/2026
BD VEO INS SYRN 0.5 ML 6MMX31G	Ultra-Fine Insulin Syringe 1/2 mL 31 gauge x 15/64"	11/13/2026
OneTouch Delica Plus Lancet 30 gauge	Unilet Lancets 30 gauge; TRUEplus Lancets 30 gauge	11/13/2026
OneTouch Delica Plus Lancet 33 gauge	Unilet Lancet 33 gauge; TRUEplus Lancets 33 gauge	11/13/2026
OneTouch Delica Plus Lancing Device kit	Autolet Impression Lancing Device kit; Unistik 2 Device; TRUEdraw Lancing Device	11/13/2026
Onetouch Delica Safety Lancet 30 gauge	Unistik Safety 30 gauge; Unilet GP Lancet; TRUEplus Lancets 30 gauge	11/13/2026
OneTouch Ultra Test strips	Contour Test Strips; Contour Next Test Strips; Contour Plus Test Strip; True Metrix Glucose Test Strip; True Metrix Pro Test Strip	11/13/2026
OneTouch Ultra2 Meter	Contour Next Gen Meter; Contour Next EZ Meter; True Metrix Go Glucose Meter; True Metrix Glucose Meter; True Metrix Air Glucose Meter	11/13/2026
OneTouch UltraSoft 2 Lancet 30 gauge	Unilet ComforTouch Lancet; Unilet GP Lancet; TRUEplus Lancets 30 gauge	11/13/2026
OneTouch Verio Flex Meter	Contour Next Gen Meter; Contour Next EZ Meter; True Metrix Go Glucose Meter; True Metrix Glucose Meter; True Metrix Air Glucose Meter	11/13/2026

Medicamento afectado	Medicamento alternativo	Fecha de entrada en vigencia
OneTouch Verio test strips	Contour Test Strips; Contour Next Test Strips; Contour Plus Test Strip; True Metrix Glucose Test Strip; True Metrix Pro Test Strip	11/13/2026
Precision Xtra B-Ketone strips	TRUEplus Ketone strips	11/13/2026
V-GO 20 device	Omnipod 5 Intro Kit (Libre2/3Plus) subcutaneous cartridge; Omnipod 5 G6-G7 Intro Kit (Gen 5) subcutaneous cartridge; CeQur Simplicity Inserter	11/13/2026
V-GO 30 device	Omnipod 5 Intro Kit (Libre2/3Plus) subcutaneous cartridge; Omnipod 5 G6-G7 Intro Kit (Gen 5) subcutaneous cartridge; CeQur Simplicity Inserter	11/13/2026
V-GO 40 device	Omnipod 5 Intro Kit (Libre2/3Plus) subcutaneous cartridge; Omnipod 5 G6-G7 Intro Kit (Gen 5) subcutaneous cartridge; CeQur Simplicity Inserter	11/13/2026
Concept DHA 35 mg-1 mg-200 mg capsule	Taron-C DHA capsule	10/1/2026
Concept OB 85 mg-1 mg capsule	Folivane-OB capsule	10/1/2026
Farxiga 10 mg tablet	dapagliflozin tablet; Jardiance tablet	10/1/2026
Farxiga 5 mg tablet	dapagliflozin tablet; Jardiance tablet	10/1/2026
INSULIN LISPRO 100 UNIT/ML VL	Humalog U-100 Insulin subcutaneous solution	10/1/2026
Movantik 12.5 mg tablet	lactulose oral solution	10/1/2026
Movantik 25 mg tablet	lactulose oral solution	10/1/2026
Novolog FlexPen U-100 Insulin aspart 100 unit/mL (3 mL) subcutaneous	insulin aspart U-100 subcutaneous pen	10/1/2026
Novolog PenFill U-100 Insulin aspart 100 unit/mL subcutaneous cartridg	insulin aspart U-100 subcutaneous cartridge	10/1/2026
Novolog U-100 Insulin aspart 100 unit/mL subcutaneous solution	insulin aspart U-100 subcutaneous solution	10/1/2026
Ofev 100 mg capsule	nintedanib capsule	10/1/2026
Ofev 150 mg capsule	nintedanib capsule	10/1/2026
Pemfexy 25 mg/mL intravenous solution	pemetrexed intravenous solution	10/1/2026
Perseris 120 mg subcutaneous extended release suspension syringe	Risperdal Consta intramuscular suspension,extended release	10/1/2026
Perseris 90 mg subcutaneous extended release suspension syringe	Risperdal Consta intramuscular suspension,extended release	10/1/2026

Medicamento afectado	Medicamento alternativo	Fecha de entrada en vigencia
Pheburane 483 mg/gram oral granules	Buphenyl oral powder; Buphenyl tablet	10/1/2026
Provida OB 40 mg iron-1.25 mg capsule	Vitafol Ultra capsule; Vitafol-OB tablet	10/1/2026
Retacrit 10,000 unit/mL injection solution	Epogen 10,000 unit/mL injection solution	10/1/2026
Retacrit 2,000 unit/mL injection solution	Epogen 2,000 unit/mL injection solution	10/1/2026
Retacrit 20,000 unit/2 mL injection solution	Epogen 20,000 unit/mL injection solution	10/1/2026
Retacrit 20,000 unit/mL injection solution	Epogen 20,000 unit/mL injection solution	10/1/2026
Retacrit 3,000 unit/mL injection solution	Epogen 3,000 unit/mL injection solution	10/1/2026
Retacrit 4,000 unit/mL injection solution	Epogen 4,000 unit/mL injection solution	10/1/2026
Retacrit 40,000 unit/mL injection solution	Epogen 20,000 unit/mL injection solution	10/1/2026
Ruxience 10 mg/mL intravenous solution	Consulte a su médico	10/1/2026
Trazimera 150 mg intravenous solution	Consulte a su médico	10/1/2026
Trazimera 420 mg intravenous solution	Consulte a su médico	10/1/2026
Triptodur 22.5 mg IM suspension	Consulte a su médico	10/1/2026
Zirabev 25 mg/mL intravenous solution	Consulte a su médico	10/1/2026

Medicamentos que requieren autorización previa (PA)

Medicamento afectado	Medicamento alternativo	Fecha de entrada en vigencia
NUEDEXTA 20-10 MG CAPSULE	Consulte a su médico	1/1/2027

Humana Healthy Horizons in Florida es un Plan de Cuidado Médico Administrado con un Contrato de Medicaid en Florida.

La información de beneficios que se proporciona es un resumen breve, no es una descripción completa de los beneficios. Para obtener más información, comuníquese con el Plan de Cuidado Médico Administrado.

Pueden aplicarse limitaciones, copagos y/o restricciones.

Los beneficios, el formulario, la red de farmacias, la prima y/o los copagos/coseguros pueden cambiar.

Spanish: Aviso sobre No Discriminación

Humana Inc. y sus subsidiarias cumplen con las leyes aplicables de Derechos civiles federales y no discriminan ni excluyen a las personas por motivos de raza, color de la piel, religión, género, identidad de género, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, condición militar, condición de veterano, información genética, ascendencia, origen étnico, estado civil, idioma, estado de salud o necesidad de servicios de salud.

Humana Inc. provee servicios gratuitos de asistencia lingüística para personas cuyo idioma principal no es el inglés, personas con discapacidades o que necesiten modificaciones razonables, recursos y servicios auxiliares gratuitos para comunicarse eficazmente con nosotros. Estos servicios incluyen intérpretes acreditados de lengua de señas e información escrita en otros idiomas y formatos (letra de imprenta grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).

Si necesita modificaciones razonables, ayudas auxiliares adecuadas o servicios de asistencia lingüística, comuníquese al **800-477-6931 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este. Si cree que Humana, Inc. no ha provisto estos servicios o siente que ha sufrido discriminación, puede presentar una queja formal en persona, por correo postal o por correo electrónico al Coordinador de No Discriminación de Humana Inc. en P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618, al **800-477-6931 (TTY: 711)** o a **accessibility@humana.com**. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el Coordinador de No Discriminación de Humana Inc. puede ayudarle.

También puede presentar un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., por medios electrónicos a través del Portal de Reclamos de la Oficina de Derechos Civiles en **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**, o por correo postal o teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201. **800-368-1019**, **800-537-7697 (TDD)**.

Usted tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos. Comuníquese al **800-477-6931 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este.

English: Call the number above to receive free language assistance services.

Español (Spanish): Llame al número que se indica arriba para recibir servicios gratuitos de asistencia lingüística.

Este aviso está disponible en **es-www.Humana.com/FloridaAccessibility**.

Humana Healthy Horizons in Florida es un producto de Medicaid de Humana Medical Plan, Inc.

FLHMEDRSP_ITN25_0225_Aprobado

French Creole (Haitian Creole): Kreyòl Ayisyen (French Creole) Rele nimewo ki e dike anwo a pou resevwa sèvis éd gratis nan lang.

Français (French): Appelez le numéro ci-dessus pour recevoir des services gratuits d'assistance linguistique.

Italiano (Italian): Chiamare il numero sopra indicato per ricevere servizi di assistenza linguistica gratuiti.

Русский (Russian): Позвоните по вышеуказанному номеру, чтобы получить бесплатную языковую поддержку.

Tiếng Việt (Vietnamese): Gọi số điện thoại ở trên để nhận các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí.

Português (Portuguese): Ligue para o número acima para receber serviços gratuitos de assistência no idioma.

繁體中文 (Chinese): 您可以撥打上面的電話號碼以獲得免費的語言協助服務。

Tagalog (Tagalog – Filipino): Tawagan ang numero sa itaas para makatanggap ng mga libreng serbisyo sa tulong sa wika.

العربية (Arabic): اتصل برقم الهاتف أعلاه للحصول على خدمات المساعدة اللغوية المجانية.

Deutsch (German): Wählen Sie die oben angegebene Nummer, um kostenlose sprachliche Hilfsdienstleistungen zu erhalten.

한국어 **(Korean)**: 무료 언어 지원 서비스를 받으려면 위 번호로 전화하십시오.

Polski (Polish): Aby skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej, należy zadzwonić pod wyżej podany numer.

ગુજરાતી (Gujarati): મફત ભાષા સહાય સેવાઓ મેળવવા માટે ઉપર આપેલા નંબર પર કૉલ કરો.

ภาษาไทย (Thai): โทรไปที่หมายเลขด้านบนเพื่อรับบริการช่วยเหลือด้านภาษาฟรี