



# Humana Healthy Horizons® in Indiana Cambios en la Lista de Medicamentos Preferidos

Este documento se actualizó el [3/19/2025] para una fecha de entrada en vigencia del [5/1/2025].

Para ver su lista completa de medicamentos, [haga clic aquí](#). To view in English, [click here](#).

La Lista de Medicamentos Preferidos de Humana Healthy Horizons® in Indiana puede cambiar durante el año. Estos cambios podrían significar que un medicamento ya no sea preferido o que tenga nuevas reglas para que podamos cubrirlo. A continuación encontrará una lista de los medicamentos que han cambiado.

## Cómo leer los cambios de su lista de medicamentos

- **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.

## Sus próximos pasos

- **Hable con su proveedor de cuidado de la salud pronto.** Debería compartir esta lista con su proveedor. Puede ayudarle a decidir qué tiene que hacer a continuación.
- **Solicite la autorización.** Si los medicamentos alternativos no le funcionan, su proveedor debe informar a Humana Healthy Horizons® por qué necesita su medicamento actual. Su proveedor puede encontrar los pasos para solicitar la aprobación en [es-provider.humana.com/PA](http://es-provider.humana.com/PA).

## Eliminación de la lista de medicamentos

Medicamento afectado	Medicamento alternativo
CIPROFLOXACIN HCL 100 MG TAB	levofloxacin tablet; moxifloxacin tablet
DEXEDRINE SPANSULE 15 MG	Consulte a su médico



Medicamento afectado	Medicamento alternativo
EVEKEO ODT 10 MG	Consulte a su médico
EVEKEO ODT 15 MG	Consulte a su médico
EVEKEO ODT 20 MG	Consulte a su médico
EVEKEO ODT 5 MG	Consulte a su médico
HUMIRA(CF) PEDIATRIC CROHN'S START 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML	Consulte a su médico
HUMIRA(CF) PEDIATRIC CROHN'S STARTER 80 MG/0.8 ML SYRINGE	Consulte a su médico
METHOCARBAMOL 1,000 MG TABLET	cyclobenzaprine tablet; tizanidine tablet
MIRCETTE 28 DAY TABLET	desogestrel-ethinyl estradiol/ethiny estradiol tablet; Azurette (28) tablet; Kariva (28) tablet; Pimtrea (28) tablet; Simliya (28) tablet; Volnea (28) tablet
NAMZARIC TITRATION PACK	memantine-donepezil ER capsule sprinkle,ext.release 24 hr
QUARTETTE TABLET	levonorgestrel/ethinyl estradiol and e.estradiol oral 3MPk; Rivelsa tablets,3 month dose pack
QUINAPRIL 10 MG TABLET	benazepril tablet; lisinopril tablet
QUINAPRIL 20 MG TABLET	benazepril tablet; lisinopril tablet
QUINAPRIL 40 MG TABLET	benazepril tablet; lisinopril tablet
QUINAPRIL 5 MG TABLET	benazepril tablet; lisinopril tablet
RELEUKO 300 MCG/ML VIAL	Neupogen injection solution; Neupogen injection syringe
RELEUKO 480 MCG/1.6 ML VIAL	Neupogen injection solution; Neupogen injection syringe
SEVELAMER HCL 800 MG TABLET	calcium acetate(phosphate binders) capsule; calcium acetate(phosphate binders) tablet
SORINE 120 MG TABLET	sotalol tablet
SORINE 160 MG TABLET	sotalol tablet
SORINE 240 MG TABLET	sotalol tablet
SORINE 80 MG TABLET	sotalol tablet
SYMBYAX 3-25 MG CAPSULE	Consulte a su médico
TAZTIA XT 120 MG CAPSULE	diltiazem ER (XR/XT) capsule,extended rel. 24 hr, controlled; diltiazem ER capsule, 24 hr extended release

Medicamento afectado	Medicamento alternativo
TAZTIA XT 180 MG CAPSULE	diltiazem ER (XR/XT) capsule,extended rel. 24 hr, controlled; diltiazem ER capsule, 24 hr extended release
TAZTIA XT 240 MG CAPSULE	diltiazem ER (XR/XT) capsule,extended rel. 24 hr, controlled; diltiazem ER capsule, 24 hr extended release
TAZTIA XT 300 MG CAPSULE	diltiazem ER (XR/XT) capsule,extended rel. 24 hr, controlled; diltiazem ER capsule, 24 hr extended release
TAZTIA XT 360 MG CAPSULE	diltiazem ER (XR/XT) capsule,extended rel. 24 hr, controlled; diltiazem ER capsule, 24 hr extended release

Usted tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos. **866-274-5888 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este.

Humana Inc. y sus subsidiarias cumplen con la Sección 1557 al brindar recursos y servicios auxiliares gratuitos a personas con discapacidades cuando dichos recursos y servicios auxiliares sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación. Los servicios incluyen intérpretes acreditados de lenguaje de señas, interpretación remota por video e información escrita en otros formatos.

**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.

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

**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。

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

**Nederlands (Dutch)** Bel het bovenstaande nummer om gratis taalkundige hulp te ontvangen.

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

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

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

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

**हिंदी (Hindi)** भाषा सहायता सेवाएं मुफ्त में प्राप्त करने के लिए ऊपर के नंबर पर कॉल करें ।

**日本語 (Japanese)** 無料の言語支援サービスを受けるには、上記の番号までお電話ください。

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

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

**Srpsko-hrvatski (Serbo-Croatian)** Nazovite gore navedeni broj ako želite besplatne usluge jezične pomoći.

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

Este aviso está disponible en [es-www.humana.com/IndianaDocuments](http://es-www.humana.com/IndianaDocuments).

Humana Healthy Horizons in Indiana es un producto de Medicaid de Arcadian Health Plan, Inc.