Humana Healthy Horizons® in Indiana – Indiana PathWays for Aging
Cambios en la Lista de Medicamentos Preferidos

Este documento se actualizó el [8/12/2025].

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.
- **Autorización previa:** Estos medicamentos deben tener la aprobación de Humana Healthy Horizons® antes de que los cubramos. A esto se le conoce como autorización previa.
- **Terapia por fases:** En el caso de estos medicamentos, se exige probar primero al menos otro medicamento.

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.

Eliminación de la lista de medicamentos

Medicamento afectado	Medicamento alternativo	Fecha de entrada en vigencia
ALL DAY ALLERGY 1 MG/ML SYRUP	cetirizine oral solution; Allergy Relief (cetirizine) oral solution	8/15/2025
AMABELZ 0.5 MG-0.1 MG TABLET	estradiol-norethindrone acet tablet; Mimvey tablet	8/15/2025
AMABELZ 1 MG-0.5 MG TABLET	estradiol-norethindrone acet tablet; Mimvey tablet	8/15/2025
CHILD ALL DAY ALLERGY 1 MG/ML	Children's Allergy (cetirizine) oral solution; Children's Zyrtec Allergy oral solution	8/15/2025
EXENATIDE 5 MCG DOSE PEN INJ	Byetta subcutaneous pen injector	8/15/2025
GNP CHLD ALL DAY ALLER 1 MG/ML	Children's Allergy (cetirizine) oral solution; Children's Zyrtec Allergy oral solution	8/15/2025
MINIPRESS 2 MG CAPSULE	doxazosin tablet; prazosin capsule	8/15/2025
MINIPRESS 5 MG CAPSULE	doxazosin tablet; prazosin capsule	8/15/2025
NAMENDA XR 14 MG CAPSULE	memantine capsule sprinkle,ER 24hr	8/15/2025
NAMENDA XR 21 MG CAPSULE	memantine capsule sprinkle,ER 24hr	8/15/2025
NAMENDA XR 28 MG CAPSULE	memantine capsule sprinkle,ER 24hr	8/15/2025
NORG-EE 0.18-0.215-0.25/0.025	norgestimate-ethinyl estradiol tablet; Tri-Lo-Sprintec tablet	8/15/2025
SM ALL DAY ALLERGY 1 MG/ML SYR	cetirizine oral solution; Allergy Relief (cetirizine) oral solution	8/15/2025
SM LORATA-DINE D 24HR TABLET	Claritin-D 24 Hour tablet,extended release; Allergy and Congestion Relief tablet,extended release 24 hr	8/15/2025
SM LORATA-DINE D TABLET	Claritin-D 24 Hour tablet,extended release; Allergy and Congestion Relief tablet,extended release 24 hr	8/15/2025
VISTARIL 25 MG CAPSULE	hydroxyzine HCl tablet; promethazine tablet	8/15/2025
adalimumab-fkjp 20 mg/0.4 mL subcutaneous syringe kit	Consulte a su médico	10/01/2025
adalimumab-fkjp 40 mg/0.8 mL subcutaneous pen kit	Consulte a su médico	10/01/2025
adalimumab-fkjp 40 mg/0.8 mL subcutaneous syringe kit	Consulte a su médico	10/01/2025
Cosentyx 150 mg/mL subcutaneous syringe	Consulte a su médico	10/01/2025
Cosentyx 25 mg/mL intravenous solution	Consulte a su médico	10/01/2025
Cosentyx 300 mg/2 Syringes (150 mg/mL) subcutaneous syringe	Consulte a su médico	10/01/2025
Cosentyx 75 mg/0.5 mL subcutaneous syringe	Consulte a su médico	10/01/2025
Cosentyx Pen 150 mg/mL subcutaneous pen injector	Consulte a su médico	10/01/2025

Medicamento afectado	Medicamento alternativo	Fecha de entrada en vigencia
Cosentyx Pen 300 mg/2 pens (150 mg/mL) subcutaneous pen injector	Consulte a su médico	10/01/2025
Cosentyx UnoReady Pen 300 mg/2 mL subcutaneous pen injector	Consulte a su médico	10/01/2025
Humira 40 mg/0.8 mL subcutaneous syringe kit	Consulte a su médico	10/01/2025
Humira Pen 40 mg/0.8 mL subcutaneous kit	Consulte a su médico	10/01/2025
Humira(CF) 10 mg/0.1 mL subcutaneous syringe kit	Consulte a su médico	10/01/2025
Humira(CF) 20 mg/0.2 mL subcutaneous syringe kit	Consulte a su médico	10/01/2025
Humira(CF) 40 mg/0.4 mL subcutaneous syringe kit	Consulte a su médico	10/01/2025
Humira(CF) Pen 40 mg/0.4 mL subcutaneous kit	Consulte a su médico	10/01/2025
Humira(CF) Pen 80 mg/0.8 mL subcutaneous kit	Consulte a su médico	10/01/2025
Humira(CF) Pen Crohn's-Ulc Colitis-Hid Sup Strt 80 mg/0.8 mL subcut kt	Consulte a su médico	10/01/2025
Humira(CF) Pen Pediatric Ulcer Colitis Starter 80 mg/0.8 mL subcut kit	Consulte a su médico	10/01/2025
Humira(CF) Pen Ps-Uv-Adol HS 80 mg/0.8 mL(1)-40 mg/0.4 mL(2)subcut kit	Consulte a su médico	10/01/2025
Lunesta 1 mg tablet	eszopiclone tablet	10/01/2025
Lunesta 3 mg tablet	eszopiclone tablet	10/01/2025
Siliq 210 mg/1.5 mL subcutaneous syringe	Consulte a su médico	10/01/2025
Simlandi(CF) 20 mg/0.2 mL subcutaneous syringe kit	Consulte a su médico	10/01/2025
Simlandi(CF) 40 mg/0.4 mL subcutaneous syringe kit	Consulte a su médico	10/01/2025
Simlandi(CF) 80 mg/0.8 mL subcutaneous syringe kit	Consulte a su médico	10/01/2025
Simlandi(CF) Autoinjector 40 mg/0.4 mL subcutaneous auto-injector kit	Consulte a su médico	10/01/2025
Simlandi(CF) Autoinjector 80 mg/0.8 mL subcutaneous auto-injector kit	Consulte a su médico	10/01/2025

Medicamento afectado	Medicamento alternativo	Fecha de entrada en vigencia
Yusimry(CF) Pen 40 mg/0.8 mL subcutaneous pen injector	Consulte a su médico	10/01/2025

Autorización previa

Medicamento afectado	Medicamento alternativo	Fecha de entrada en vigencia
Spravato 28 mg nasal spray	Consulte a su médico	10/01/2025
Spravato 56 mg (28 mg x 2) nasal spray	Consulte a su médico	10/01/2025
Spravato 84 mg (28 mg x 3) nasal spray	Consulte a su médico	10/01/2025

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**.

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