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

Este documento se actualizó el [9/23/2026].

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.

Humana Healthy Horizons | PathWays for Aging

Humana Healthy Horizons in Indiana es un producto de Medicaid de Humana Benefit Plan of Indiana, Inc.
INHM443SP

Eliminación de la lista de medicamentos

Label Name	Alternative drug	Effective Date
DESOGESTR-ETH ESTRAD ETH ESTRA	Volnea (28) tablet; Kariva (28) tablet	11/1/2026
ETHYNODIOL-ETH ESTRA 1MG-35MCG	Kelnor 1/35 (28) tablet; Valtya tablet	11/1/2026
ETHYNODIOL-ETH ESTRA 1MG-50MCG	Valtya tablet	11/1/2026
HALOETTE VAGINAL RING	etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring; EluRyng vaginal ring	11/1/2026
KELNOR 1-50 TABLET	Valtya tablet	11/1/2026
LAYOLIS FE CHEWABLE TABLET	Kaitlib Fe chewable tablet; Galbriela chewable tablet	11/1/2026
LEVONO-E ESTRAD 0.15-0.03-0.01	Simpesse tablets,3 month dose pack; Daysee tablets,3 month dose pack	11/1/2026
LEVONOR-E ESTRAD 0.1-0.02-0.01	LoJaimiess tablets,3 month dose pack; Camrese Lo tablets,3 month dose pack	11/1/2026
LEVONORG 0.15MG-EE 20-25-30MCG	Rivelsa tablets,3 month dose pack; Rosyrah tablets,3 month dose pack	11/1/2026
MENEST 0.3 MG TABLET	conjugated estrogens tablet; estradiol tablet	11/1/2026
MENEST 0.625 MG TABLET	conjugated estrogens tablet; estradiol tablet	11/1/2026
MOLINDONE HCL 25 MG TABLET	Consulte a su médico	11/1/2026
MOLINDONE HCL 5 MG TABLET	Consulte a su médico	11/1/2026
NORET-ESTR-FE 0.4-0.035(21)-75	Wymzya Fe chewable tablet; Xelria Fe chewable tablet	11/1/2026
NORETH-EE-FE 1 MG/20-30-35 MCG	Tri-Legest Fe tablet; Tilia Fe tablet	11/1/2026
NORETH-EE-FE 1.5-0.03MG(21)-75	Junel FE 1.5/30 (28) tablet; Aurovela Fe 1.5/30 (28) tablet	11/1/2026
NORETH-EE-FE 1-0.02(21)-75 TAB	Junel FE 1/20 (28) tablet; Aurovela Fe 1-20 (28) tablet	11/1/2026
NORETHIN-EE 1.5-0.03 MG(21) TB	Microgestin 1.5/30 (21) tablet; Aurovela 1.5/30 (21) tablet	11/1/2026
NORETHIN-ESTRA-FE 0.8-0.025 MG	Kaitlib Fe chewable tablet; Galbriela chewable tablet	11/1/2026
ORLADEYO 108 MG PELLET PACKET	Orladeyo capsule	11/1/2026
ORLADEYO 132 MG PELLET PACKET	Orladeyo capsule	11/1/2026
ORLADEYO 72 MG PELLET PACKET	Orladeyo capsule	11/1/2026
ORLADEYO 96 MG PELLET PACKET	Orladeyo capsule	11/1/2026

Label Name	Alternative drug	Effective Date
SRONYX 0.10-0.02 MG TABLET	levonorgestrel-ethinyl estradiol tablet; Afirmelle tablet	11/1/2026
TUM-EASE ANTACID 500MG CHW TAB	calcium carbonate chewable tablet	11/1/2026
XYVONA 2 MG TABLET	Consulte a su médico	11/1/2026
XYVONA 3 MG TABLET	Consulte a su médico	11/1/2026
Praluent Pen 75 mg/mL subcutaneous pen injector	Repatha SureClick subcutaneous pen injector; Repatha Syringe subcutaneous syringe	10/1/2026
Praluent Pen 150 mg/mL subcutaneous pen injector	Repatha SureClick subcutaneous pen injector; Repatha Syringe subcutaneous syringe	10/1/2026
Repatha Pushtronex 420 mg/3.5 mL subcutaneous wearable injector	Repatha SureClick subcutaneous pen injector; Repatha Syringe subcutaneous syringe	10/1/2026
Selarsdi 45 mg/0.5 mL subcutaneous syringe	Pyzchiva 45 mg/0.5 mL subcutaneous syringe; Starjemza subcutaneous syringe	10/1/2026
Selarsdi 90 mg/mL subcutaneous syringe	Pyzchiva 90 mg/mL subcutaneous syringe; Starjemza subcutaneous syringe	10/1/2026
Selarsdi 130 mg/26 mL intravenous solution	Pyzchiva 130 mg/26 mL intravenous solution; Starjemza intravenous solution	10/1/2026
Selarsdi 45 mg/0.5 mL subcutaneous solution	Pyzchiva 45 mg/0.5 mL subcutaneous solution; Starjemza subcutaneous solution	10/1/2026
Xeljanz XR 11 mg tablet,extended release	tofacitinib ER tablet,extended release 24 hr	10/1/2026
Xeljanz XR 22 mg tablet,extended release	tofacitinib ER tablet,extended release 24 hr	10/1/2026

Autorización previa

Medicamento afectado	Medicamento alternativo	Fecha de entrada en vigencia
CYSTAGON 150 MG CAPSULE	Consulte a su médico	11/1/2026
CYSTAGON 50 MG CAPSULE	Consulte a su médico	11/1/2026

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.