Cambios en la Lista integral de medicamentos de Humana Healthy Horizons® in South Carolina

Este documento se actualizó el [11/10/2025]

Para ver la Lista integral de medicamentos, **haga clic aquí**.

La Lista integral de medicamentos de Humana Healthy Horizons® in South Carolina puede cambiar durante el año. Estos cambios podrían significar que el medicamento deja de ser un medicamento preferido o que existen nuevas reglas para que podamos cubrirlo. A continuación, encontrará una lista de los medicamentos que han cambiado.

Cómo leer los cambios de su Lista integral de medicamentos

- **Retirada de la lista de medicamentos:** Estos eran medicamentos preferidos, pero ahora van a ser retirados de la lista de medicamentos. Si su medicamento se ha retirado de la lista de medicamentos, es posible que usted tenga que pagar el precio total del medicamento.
- **Autorización previa (PA, por sus siglas en inglés):** Estos medicamentos necesitan aprobación por parte de Humana Healthy Horizons antes de que podamos cubrirlos. A esto se le conoce como autorización previa.
- **Excluidos:** Estos medicamentos están excluidos de la cobertura y puede que no estén aprobados. Su proveedor puede ayudarle a elegir un nuevo medicamento de nuestra lista de medicamentos.

Sus próximos pasos

- **Hable cuanto antes con su médico.** Debería compartir esta lista con su médico. Él o ella puede ayudarle a decidir qué debe hacer a continuación.
- **Solicite aprobación.** Si los medicamentos alternativos no le funcionan, su proveedor debe informar a Humana Healthy Horizons por qué usted necesita su medicamento actual. Su proveedor puede encontrar los pasos para solicitar la aprobación en **es-www.humana.com/PA**.

Retirada de la lista de medicamentos

Medicamento afectado	Medicamento alternativo	Fecha de entrada en vigor
FreeStyle Libre 14 Day Reader	FreeStyle Libre 2 Reader; FreeStyle Libre 3 Reader misc	11/01/2025
Omnipod Dash Intro Kit (Gen 4) subcutaneous cartridge with controller	Omnipod 5 G6-G7 Intro Kit (Gen 5) subcutaneous cartridge; Omnipod 5 Intro Kit(G6/Libre2Plus) subcutaneous cartridge	11/01/2025
AURANOFIN 3 MG CAPSULE	Consulte a su mèdico	01/01/2026
Euthyrox 100 mcg tablet	levothyroxine tablet; liothyronine tablet	01/01/2026
Euthyrox 112 mcg tablet	levothyroxine tablet; liothyronine tablet	01/01/2026
Euthyrox 125 mcg tablet	levothyroxine tablet; liothyronine tablet	01/01/2026
Euthyrox 137 mcg tablet	levothyroxine tablet; liothyronine tablet	01/01/2026
Euthyrox 150 mcg tablet	levothyroxine tablet; liothyronine tablet	01/01/2026
Euthyrox 175 mcg tablet	levothyroxine tablet; liothyronine tablet	01/01/2026
Euthyrox 200 mcg tablet	levothyroxine tablet; liothyronine tablet	01/01/2026
Euthyrox 25 mcg tablet	levothyroxine tablet; liothyronine tablet	01/01/2026
Euthyrox 50 mcg tablet	levothyroxine tablet; liothyronine tablet	01/01/2026
Euthyrox 75 mcg tablet	levothyroxine tablet; liothyronine tablet	01/01/2026
Euthyrox 88 mcg tablet	levothyroxine tablet; liothyronine tablet	01/01/2026
Hycamtin 0.25 mg capsule	Consulte a su mèdico	01/01/2026
Hycamtin 1 mg capsule	Consulte a su mèdico	01/01/2026
Lysodren 500 mg tablet	Consulte a su mèdico	01/01/2026
Matulane 50 mg capsule	Consulte a su mèdico	01/01/2026
Mesnex 400 mg tablet	mesna tablet	01/01/2026
NILUTAMIDE 150 MG TABLET	bicalutamide tablet	01/01/2026
Panretin 0.1 % topical gel	fluorouracil topical cream; fluorouracil topical solution	01/01/2026
PROTRIPTYLINE HCL 10 MG TABLET	amitriptyline tablet; nortriptyline capsule	01/01/2026
PROTRIPTYLINE HCL 5 MG TABLET	amitriptyline tablet; nortriptyline capsule	01/01/2026
Ridaura 3 mg capsule	Consulte a su mèdico	01/01/2026
TOLVAPTAN 15 MG TABLET	Consulte a su mèdico	01/01/2026
TOLVAPTAN 30 MG TABLET	Consulte a su mèdico	01/01/2026
TOREMIFENE CITRATE 60 MG TAB	tamoxifen tablet	01/01/2026

Medicamento afectado	Medicamento alternativo	Fecha de entrada en vigor
TRIMIPRAMINE MALEATE 100 MG CP	imipramine tablet; desipramine tablet	01/01/2026
TRIMIPRAMINE MALEATE 25 MG CAP	imipramine tablet; desipramine tablet	01/01/2026
TRIMIPRAMINE MALEATE 50 MG CAP	imipramine tablet; desipramine tablet	01/01/2026
Wegovy 0.25 mg/0.5 mL subcutaneous pen injector	Consulte a su mèdico	01/01/2026
Wegovy 0.5 mg/0.5 mL subcutaneous pen injector	Consulte a su mèdico	01/01/2026
Wegovy 1 mg/0.5 mL subcutaneous pen injector	Consulte a su mèdico	01/01/2026
Wegovy 1.7 mg/0.75 mL subcutaneous pen injector	Consulte a su mèdico	01/01/2026
Wegovy 2.4 mg/0.75 mL subcutaneous pen injector	Consulte a su mèdico	01/01/2026
Xadago 100 mg tablet	pramipexole tablet; entacapone tablet	01/01/2026
Xadago 50 mg tablet	pramipexole tablet; entacapone tablet	01/01/2026

Medicamentos excluidos

Medicamento afectado	Medicamento alternativo	Fecha de entrada en vigor
LIRAGLUTIDE 18 MG/3 ML PEN	Consulte a su mèdico	01/01/2026
LIRAGLUTIDE 5-PAK 18 MG/3 ML	Consulte a su mèdico	01/01/2026
Saxenda 3 mg/0.5 mL (18 mg/3 mL) subcutaneous pen injector	Consulte a su mèdico	01/01/2026

Usted tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos.
866-432-0001 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este.

Humana Inc. y sus subsidiarias cumplen con la Sección 1557 al brindar recursos y servicios auxiliares gratuitos a las personas con discapacidades cuando dichos recursos y servicios son necesarios para asegurar la igualdad de oportunidades para participar. Los servicios incluyen intérpretes de lengua de señas acreditados, la interpretación remota por video y el envío de la información 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.

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。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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。

Українська (Ukrainian): Зателефонуйте за вказаним вище номером для отримання безкоштовної мовної підтримки.

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

ខ្មែរ (Cambodian): ហៅមកលេខទូរស័ព្ទខាងលើ ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មបកប្រែភាសាដោយមិនអស់ប្រាក់ ។

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

Humana Healthy Horizons in South Carolina es un producto de Medicaid de Humana Benefit Plan of South Carolina, Inc.

SCHMEDVSP_Aprobado