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

Este documento se actualizó el [9/22/2026]

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**.

Humana Healthy Horizons in South Carolina | Healthy Connections

Humana Healthy Horizons in South Carolina es un producto de Medicaid de Humana Benefit Plan of South Carolina, Inc.
SCHL6W9SP

## Retirada de la lista de medicamentos

| Medicamento afectado | Medicamento alternativo | Fecha de entrada en vigor |
|---|---|---|
| DEXILANT DR 30 MG CAPSULE | omeprazole capsule,delayed release; pantoprazole tablet,delayed release | 11/1/2026 |
| DEXILANT DR 60 MG CAPSULE | omeprazole capsule,delayed release; pantoprazole tablet,delayed release | 11/1/2026 |
| INVOKAMET 150-1,000 MG TABLET | Xigduo XR tablet,extended release | 11/1/2026 |
| INVOKAMET 150-500 MG TABLET | Xigduo XR tablet,extended release | 11/1/2026 |
| INVOKAMET 50-1,000 MG TABLET | Xigduo XR tablet,extended release | 11/1/2026 |
| INVOKAMET 50-500 MG TABLET | Xigduo XR tablet,extended release | 11/1/2026 |
| INVOKANA 100 MG TABLET | Farxiga tablet; Jardiance tablet | 11/1/2026 |
| INVOKANA 300 MG TABLET | Farxiga tablet; Jardiance tablet | 11/1/2026 |
| Viracept 250 mg tablet | atazanavir capsule; Evotaz tablet | 10/1/2026 |
| Viracept 625 mg tablet | atazanavir capsule; Evotaz tablet | 10/1/2026 |
| Victoza 2-Pak 0.6 mg/0.1 mL (18 mg/3 mL) subcutaneous pen injector | Trulicity subcutaneous pen injector; Ozempic subcutaneous pen injector | 10/1/2026 |
| Victoza 3-Pak 0.6 mg/0.1 mL (18 mg/3 mL) subcutaneous pen injector | Trulicity subcutaneous pen injector; Ozempic subcutaneous pen injector | 10/1/2026 |
| Kesimpta Pen 20 mg/0.4 mL subcutaneous pen injector | dimethyl fumarate capsule,delayed release; fingolimod capsule | 9/1/2026 |

## 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