

Cambios en el Formulario de HealthSun

La tabla a continuación describe los cambios en el Formulario de HealthSun.

Fecha de entrada en vigencia	Nombre del medicamento	Motivo	Medicamento alternativo*	Copago del medicamento**	Restricciones***
2/1/2025	Amoxicilina-Clavulanato de potasio, tableta masticable 200-28.5 mg	Eliminación: interrupción de la fabricación	Hable con su proveedor de cuidados médicos sobre una alternativa que sea adecuada para usted		
1/1/2025	Auryxia, tableta 1 g 210 mg	Eliminación – Dejó de estar cubierto por Medicare Parte D.	Hable con su proveedor de cuidados médicos sobre una alternativa que sea adecuada para usted		
2/1/2025	Benznidazol, TABLETA 100 mg	Eliminación – Dejó de estar cubierto por Medicare Parte D.	Hable con su proveedor de cuidados médicos sobre una alternativa que sea adecuada para usted		
2/1/2025	Benznidazol, TABLETA 12.5 mg	Eliminación – Dejó de estar cubierto por Medicare Parte D.	Hable con su proveedor de cuidados médicos sobre una alternativa que sea adecuada para usted		
1/1/2025	Acetato de calcio (quelante de fosfato), cápsula 667 mg	Eliminación – Dejó de estar cubierto por Medicare Parte D.	Hable con su proveedor de cuidados médicos sobre una alternativa que sea adecuada para usted		
1/1/2025	Acetato de calcio (quelante de fosfato), tableta 667 mg	Eliminación – Dejó de estar cubierto por Medicare Parte D.	Hable con su proveedor de cuidados médicos sobre una alternativa que sea adecuada para usted		

Última actualización: 1/16/2025
FORMULARIO DE HEALTHSUN

Y0114_25_3012944_0000_I_C
1074449MUMSPMUB

*Los medicamentos alternativos son medicamentos de la misma categoría/clase terapéutica o del mismo nivel de costos compartidos que el medicamento afectado. Solo su proveedor de cuidados médicos puede determinar si las alternativas mencionadas aquí son adecuadas para usted debido al carácter individualizado de la terapia con medicamentos.

**Consulte la descripción de su plan para conocer los montos de copago/coseguro.

***Pueden aplicarse restricciones de Autorización previa (PA), Límites de cantidad (QL) o Terapia escalonada (ST).

Fecha de entrada en vigencia	Nombre del medicamento	Motivo	Medicamento alternativo*	Copago del medicamento**	Restricciones***
2/1/2025	Efavirenz, cápsula 200 mg	Eliminación: interrupción de la fabricación	Hable con su proveedor de cuidados médicos sobre una alternativa que sea adecuada para usted		
2/1/2025	Efavirenz, cápsula 50 mg	Eliminación: interrupción de la fabricación	Hable con su proveedor de cuidados médicos sobre una alternativa que sea adecuada para usted		
2/1/2025	Emcyt, cápsula 140 mg	Eliminación: interrupción de la fabricación	Hable con su proveedor de cuidados médicos sobre una alternativa que sea adecuada para usted		
2/1/2025	Ervebo, suspensión intramuscular	Eliminación – Dejó de estar cubierto por Medicare Parte D.	Hable con su proveedor de cuidados médicos sobre una alternativa que sea adecuada para usted		
2/1/2025	Estearato de eritrocina, tableta 250 mg	Eliminación – Dejó de estar cubierto por Medicare Parte D.	Hable con su proveedor de cuidados médicos sobre una alternativa que sea adecuada para usted		
2/1/2025	Citrato de fentanilo, tableta 100 mcg, bucal	Eliminación: interrupción de la fabricación	Hable con su proveedor de cuidados médicos sobre una alternativa que sea adecuada para usted		
2/1/2025	Leukeran, tableta 2 mg	Eliminación: interrupción de la fabricación	Hable con su proveedor de cuidados médicos sobre una alternativa que sea adecuada para usted		

Última actualización: 1/16/2025
FORMULARIO DE HEALTHSUN

Y0114_25_3012944_0000_I_C
1074449MUMSPMUB

*Los medicamentos alternativos son medicamentos de la misma categoría/clase terapéutica o del mismo nivel de costos compartidos que el medicamento afectado. Solo su proveedor de cuidados médicos puede determinar si las alternativas mencionadas aquí son adecuadas para usted debido al carácter individualizado de la terapia con medicamentos.

**Consulte la descripción de su plan para conocer los montos de copago/coseguro.

***Pueden aplicarse restricciones de Autorización previa (PA), Límites de cantidad (QL) o Terapia escalonada (ST).

Fecha de entrada en vigencia	Nombre del medicamento	Motivo	Medicamento alternativo*	Copago del medicamento**	Restricciones***
2/1/2025	Lexiva, suspensión 50 mg/ml	Eliminación: interrupción de la fabricación	Hable con su proveedor de cuidados médicos sobre una alternativa que sea adecuada para usted		
2/1/2025	Natacyn, suspensión 5%, oftálmica	Eliminación: interrupción de la fabricación	Hable con su proveedor de cuidados médicos sobre una alternativa que sea adecuada para usted		
2/1/2025	Prednicarbato, ungüento 0.1%	Eliminación: interrupción de la fabricación	Hable con su proveedor de cuidados médicos sobre una alternativa que sea adecuada para usted		
1/1/2025	Carbonato de sevelámero, paquete 0.8 g	Eliminación – Dejó de estar cubierto por Medicare Parte D.	Hable con su proveedor de cuidados médicos sobre una alternativa que sea adecuada para usted		
1/1/2025	Carbonato de sevelámero, paquete 2.4 g	Eliminación – Dejó de estar cubierto por Medicare Parte D.	Hable con su proveedor de cuidados médicos sobre una alternativa que sea adecuada para usted		
1/1/2025	Carbonato de sevelámero, tableta 800 mg	Eliminación – Dejó de estar cubierto por Medicare Parte D.	Hable con su proveedor de cuidados médicos sobre una alternativa que sea adecuada para usted		
2/1/2025	Syndros, solución 5 mg/ml	Eliminación: interrupción de la fabricación	Hable con su proveedor de cuidados médicos sobre una alternativa que sea adecuada para usted		

Última actualización: 1/16/2025
FORMULARIO DE HEALTHSUN

Y0114_25_3012944_0000_I_C
1074449MUMSPMUB

*Los medicamentos alternativos son medicamentos de la misma categoría/clase terapéutica o del mismo nivel de costos compartidos que el medicamento afectado. Solo su proveedor de cuidados médicos puede determinar si las alternativas mencionadas aquí son adecuadas para usted debido al carácter individualizado de la terapia con medicamentos.

**Consulte la descripción de su plan para conocer los montos de copago/coseguro.

***Pueden aplicarse restricciones de Autorización previa (PA), Límites de cantidad (QL) o Terapia escalonada (ST).

Fecha de entrada en vigencia	Nombre del medicamento	Motivo	Medicamento alternativo*	Copago del medicamento**	Restricciones***
2/1/2025	Tabloid, tableta 40 mg	Eliminación: interrupción de la fabricación	Hable con su proveedor de cuidados médicos sobre una alternativa que sea adecuada para usted		
2/1/2025	TobraDex ST, suspensión 0.3-0.05%, oftálmica	Eliminación: interrupción de la fabricación	Hable con su proveedor de cuidados médicos sobre una alternativa que sea adecuada para usted		
2/1/2025	Trizivir, tableta 300-150-300 mg	Eliminación: interrupción de la fabricación	Hable con su proveedor de cuidados médicos sobre una alternativa que sea adecuada para usted		
2/1/2025	Truseltiq (dosis diaria de 100 mg), paquete para terapia con cápsulas 100 mg	Eliminación: interrupción de la fabricación	Hable con su proveedor de cuidados médicos sobre una alternativa que sea adecuada para usted		
2/1/2025	Truseltiq (dosis diaria de 125 mg), paquete para terapia con cápsulas 100 y 25 mg	Eliminación: interrupción de la fabricación	Hable con su proveedor de cuidados médicos sobre una alternativa que sea adecuada para usted		
2/1/2025	Truseltiq (dosis diaria de 50 mg), paquete para terapia con cápsulas 25 mg	Eliminación: interrupción de la fabricación	Hable con su proveedor de cuidados médicos sobre una alternativa que sea adecuada para usted		
2/1/2025	Truseltiq (dosis diaria de 75 MG), paquete para terapia con cápsulas 25 mg	Eliminación: interrupción de la fabricación	Hable con su proveedor de cuidados médicos sobre una alternativa que sea adecuada para usted		

Última actualización: 1/16/2025
FORMULARIO DE HEALTHSUN

Y0114_25_3012944_0000_I_C
1074449MUMSPMUB

*Los medicamentos alternativos son medicamentos de la misma categoría/clase terapéutica o del mismo nivel de costos compartidos que el medicamento afectado. Solo su proveedor de cuidados médicos puede determinar si las alternativas mencionadas aquí son adecuadas para usted debido al carácter individualizado de la terapia con medicamentos.

**Consulte la descripción de su plan para conocer los montos de copago/coseguro.

***Pueden aplicarse restricciones de Autorización previa (PA), Límites de cantidad (QL) o Terapia escalonada (ST).

Fecha de entrada en vigencia	Nombre del medicamento	Motivo	Medicamento alternativo*	Copago del medicamento**	Restricciones***
1/1/2025	Velphoro, TABLETA MASTICABLE 500 mg	Eliminación – Dejó de estar cubierto por Medicare Parte D.	Hable con su proveedor de cuidados médicos sobre una alternativa que sea adecuada para usted		
2/1/2025	Xuriden, paquete 2 g	Eliminación – Dejó de estar cubierto por Medicare Parte D.	Hable con su proveedor de cuidados médicos sobre una alternativa que sea adecuada para usted		

Última actualización: 1/16/2025
FORMULARIO DE HEALTHSUN

Y0114_25_3012944_0000_I_C
1074449MUMSPMUB

*Los medicamentos alternativos son medicamentos de la misma categoría/clase terapéutica o del mismo nivel de costos compartidos que el medicamento afectado. Solo su proveedor de cuidados médicos puede determinar si las alternativas mencionadas aquí son adecuadas para usted debido al carácter individualizado de la terapia con medicamentos.

**Consulte la descripción de su plan para conocer los montos de copago/coseguro.

***Pueden aplicarse restricciones de Autorización previa (PA), Límites de cantidad (QL) o Terapia escalonada (ST).