

### Cambios en el formulario de HealthSun

En el cuadro a continuación, se resumen los cambios realizados en el formulario de HealthSun.

Fecha de entrada en vigencia	Nombre del medicamento	Motivo	Medicamento alternativo*	Copago del medicamento**	Restricciones***
04/01/22	ASMANEX (7 DOSIS MEDIDAS) 110 MCG/INH AER POW BA	Ya no está cubierto por la Parte D	Hable con su proveedor de cuidados médicos sobre alguna alternativa que sea adecuada para usted		
04/01/22	BEKYREE 0.15-0.02/0.01 MG (21/5) TAB	Ya no está cubierto por la Parte D	DESOGESTREL-ETHINYL ESTRADIOL 0.15-0.02/0.01 MG (21/5) TAB		
04/01/22	DANYELZA 40 MG/10ML SOLUCIÓN	Ya no está cubierto por la Parte D	Hable con su proveedor de cuidados médicos sobre alguna alternativa que sea adecuada para usted		
04/01/22	FREAMINE HBC 6.9 % SOLUCIÓN	Ya no está cubierto por la Parte D	Hable con su proveedor de cuidados médicos sobre alguna alternativa que sea adecuada para usted		

04/01/22	PHENADOZ 25 MG SUPOSITARIO	Ya no está cubierto por la Parte D	Hable con su proveedor de cuidados médicos sobre alguna alternativa que sea adecuada para usted		
----------	----------------------------	------------------------------------	---	--	--

Última actualización: 04/25/2022  
HEALTHSUN FORMULARY

H5431\_2022\_FC\_C  
1038984MUSSPMUB

\*Los medicamentos alternativos son medicamentos de la misma categoría/clase terapéutica o con el mismo nivel de costos compartidos que el medicamento afectado. Solo su proveedor de cuidados médicos puede determinar si las alternativas mencionadas en este listado son adecuadas para usted dada la naturaleza individualizada de la terapia con medicamentos.

\*\*Consulte la descripción de su plan para averiguar los montos de copagos/coseguros.

\*\*\*Podrían aplicarse restricciones de autorización previa (PA), límites de cantidad (QL), o terapia escalonada (ST).