

Cambios en el formulario de HealthSun

La tabla a continuación resume los cambios en el formulario de HealthSun.

Fecha de entrada en vigencia	Nombre del medicamento	Motivo	Medicamento alternativo*	Copago del medicamento**	Restricciones***
9/1/2022	APTIVUS 100 MG/ML SOLUTION	Eliminación – Dejó de estar cubierto por la Parte D de Medicare.	Hable con su proveedor de cuidado médico sobre una alternativa que sea la adecuada para usted.		
9/1/2022	PAZEO 0.7 % SOLUTION	Eliminación – Dejó de estar cubierto por la Parte D de Medicare.	Hable con su proveedor de cuidado médico sobre una alternativa que sea la adecuada para usted.		
9/1/2022	PREVIFEM 0.25-35 MG-MCG TAB	Eliminación – Dejó de estar cubierto por la Parte D de Medicare.	NORGESTIMATE/ ETHINYL ESTRADIOL TAB	Nivel 2	
9/1/2022	TULANA 0.35 MG TAB	Eliminación – Dejó de estar cubierto por la Parte D de Medicare.	NORETHINDRONE TAB	Nivel 3	
9/1/2022	UKONIQ 200 MG TAB	Eliminación – Interrupción de la fabricación.	Hable con su proveedor de cuidado médico sobre una alternativa que sea la adecuada para usted.		

Última actualización: 08/15/2022
FORMULARIO DE HEALTHSUN

H5431_2022_FC_C_SP
1038984MUSSPMUB

*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 cuidado médico 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 obtener los montos de copago/coseguro.

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