

Cambios en el Formulario de HealthSun

La siguiente tabla describe los cambios en el Formulario de HealthSun.

Fecha de vigencia	Nombre del medicamento	Motivo	Medicamento alternativo*	Copago del medicamento**	Restricciones***
2/1/2024	Avita Cream 0.025% uso externo	Eliminación – Interrupción de la fabricación	Hable con su proveedor de cuidado médico sobre una alternativa que sea la adecuada para usted.		
2/1/2024	Flutamide Capsule 125 mg vía oral	Eliminación – Interrupción de la fabricación	Hable con su proveedor de cuidado médico sobre una alternativa que sea la adecuada para usted.		
2/1/2024	Isopto Atropine Solution 1% Ophthalmic Drops	Eliminación – Interrupción de la fabricación	Hable con su proveedor de cuidado médico sobre una alternativa que sea la adecuada para usted.		
2/1/2024	Lillow Tablet 0.15 mg-30 mcg vía oral	Eliminación – Interrupción de la fabricación	Hable con su proveedor de cuidado médico sobre una alternativa que sea la adecuada para usted.		
2/1/2024	Stavudine Capsule 15 mg vía oral	Eliminación – Interrupción de la fabricación	Hable con su proveedor de cuidado médico sobre una alternativa que sea la adecuada para usted.		
2/1/2024	Stavudine Capsule 20 mg vía oral	Eliminación – Interrupción de la fabricación	Hable con su proveedor de cuidado médico sobre una alternativa que sea la adecuada para usted.		

Última actualización: FORMULARIO DE HEALTHSUN 1/19/2024

Y0114_24_3005780_0000_I_C
1057181MUMSPMUB

* 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).

Fecha de vigencia	Nombre del medicamento	Motivo	Medicamento alternativo*	Copago del medicamento**	Restricciones***
2/1/2024	Stavudine Capsule 30 mg vía oral	Eliminación – Interrupción de la fabricación	Hable con su proveedor de cuidado médico sobre una alternativa que sea la adecuada para usted.		
2/1/2024	Stavudine Capsule 40 mg vía oral	Eliminación – Interrupción de la fabricación	Hable con su proveedor de cuidado médico sobre una alternativa que sea la adecuada para usted.		
2/1/2024	Tekturna HCT Tablet 300 mg-12.5 mg vía oral	Eliminación – Interrupción de la fabricación	Hable con su proveedor de cuidado médico sobre una alternativa que sea la adecuada para usted.		
2/1/2024	Tekturna HCT Tablet 300 mg-25 mg vía oral	Eliminación – Interrupción de la fabricación	Hable con su proveedor de cuidado médico sobre una alternativa que sea la adecuada para usted.		
2/1/2024	Zebutal Capsule 50 mg-325 mg-40 mg vía oral	Eliminación – Interrupción de la fabricación	Hable con su proveedor de cuidado médico sobre una alternativa que sea la adecuada para usted.		

Última actualización: FORMULARIO DE HEALTHSUN 1/19/2024

Y0114_24_3005780_0000_I_C
1057181MUMSPMUB

* 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).