

Cambios al formulario del 2023 Rx3 Traditional

A partir del 1 de enero del 2023

Para ver su lista completa de medicamentos, [haga clic aquí](#). **To view in English,** [click here](#).

Ciertos medicamentos de la Lista de medicamentos comerciales de Humana tendrán cambios de limitación o requisitos de control de la utilización para el año del plan del 2023. Estos cambios pudieran significar costos mayores o menores o cambios en los requisitos para los afiliados de Humana que usan esos medicamentos. Humana fomenta el uso de medicamentos genéricos y de marca asequibles siempre que sea posible. Abajo encontrará una lista de algunos medicamentos usados comúnmente, que tienen ediciones de control de la utilización en la Lista de medicamentos comerciales de Humana en el 2023 (por ejemplo, cambios fuera del formulario [NF], cambios de nivel/etapa [TC], autorización previa [PA], y requerimientos de terapia por fases [ST]). A los afiliados de Humana se les pide que hablen con su médico o profesional de cuidado de la salud sobre posibles medicamentos alternativos.

Cómo interpretar sus cambios

Estos requerimientos y límites pueden incluir:

Fuera del formulario (NF, por sus siglas en inglés): Algunos medicamentos que anteriormente estaban cubiertos por los beneficios de su plan serán eliminados de su Lista de medicamentos en el 2023. Si usted surte o repite alguna receta que no está cubierta bajo su plan de medicamentos recetados, puede que tenga que pagar el costo completo de su medicamento.

Cambio de nivel/etapa (TC, por sus siglas en inglés): Los medicamentos cubiertos son agrupados en “niveles” diferentes. Si usted surte o repite una receta de un medicamento o suministro que cambia a un nivel diferente, pudiera tener que pagar más o menos.

Autorización previa (PA, por sus siglas en inglés): Algunos medicamentos puede que necesiten ser aprobados por Humana antes que sean cubiertos; eso se llama autorización previa. Su médico necesitará contactar a Humana para obtener aprobación para que estos medicamentos sean cubiertos por su plan de medicamentos recetados.

Terapia por fases (ST, por sus siglas en inglés): Algunos medicamentos tienen un requisito de terapia por fases, lo que significa que tendrá que intentar al menos una opción de costo menor antes que el medicamento sea cubierto.

Cambios de Nivel (TC) Positivos

Medicamento afectado	Nivel afectado	Medicamento alternativo
BUDESONIDE/FORMOTEROL FUMARATE DIHYDRATE	Nivel 3 to Nivel 2	Se bajó de nivel
CORLANOR	Nivel 3 to Nivel 2	Se bajó de nivel
FARXIGA	Nivel 3 to Nivel 2	Se bajó de nivel
KRISTALOSE	Nivel 3 to Nivel 1	Se bajó de nivel
KYLEENA	Nivel 3 to Nivel 2	Se bajó de nivel
MIRENA	Nivel 3 to Nivel 2	Se bajó de nivel
SKYLA	Nivel 3 to Nivel 2	Se bajó de nivel
XIGDUO XR	Nivel 3 to Nivel 2	Se bajó de nivel

Cambios de Nivel (TC) Negativos

Medicamento afectado	Nivel afectado	Medicamento alternativo
SYMBICORT	Nivel 2 to Nivel 3	budesonide-formoterol HFA aerosol inhaler Breo Ellipta powder for inhalation Advair HFA aerosol inhaler Wixela Inhub powder for inhalation fluticasone propionate-salmeterol inhalation powder blister
INVOKANA	Nivel 2 to Nivel 3	Jardiance tablet Farxiga tablet
AZELAIC ACID	Nivel 1 to Nivel 2	Consulte a su médico
COLCHICINE	Nivel 1 to Nivel 2	Consulte a su médico
FINACEA	Nivel 2 to Nivel 3	azelaic acid topical gel metronidazole topical cream metronidazole 0.75 % topical gel
INVOKAMET XR	Nivel 2 to Nivel 3	Synjardy tablet Synjardy XR tablet, extended release Xigduo XR tablet, extended release Farxiga tablet
INVOKAMET	Nivel 2 to Nivel 3	Synjardy tablet Synjardy XR tablet, extended release Xigduo XR tablet, extended release Farxiga tablet
ZUBSOLV	Nivel 2 to Nivel 3	buprenorphine-naloxone sublingual film buprenorphine-naloxone sublingual tablet
CAMRESE	Nivel 1 to Nivel 3	Consulte a su médico
UNITHROID	Nivel 2 to Nivel 3	levothyroxine tablet Synthroid tablet Levoxyl tablet

Medicamentos que ya no requieren autorización previa (PA)

Medicamento afectado	Medicamento alternativo
FARXIGA	Se remueve autorización previa
VASCEPA	Se remueve autorización previa
BUDESONIDE/FORMOTEROL FUMARATE DIHYDRATE	Se remueve autorización previa
BYSTOLIC	Se remueve autorización previa

COLESEVELAM HYDROCHLORIDE	Se remueve autorización previa
BUPRENORPHINE HCL/NALOXONE HCL	Se remueve autorización previa
FLUTICASONE FUROATE/VILANTEROL ELLIPTA	Se remueve autorización previa
BUPRENORPHINE HYDROCHLORIDE/NALOXONE HYDROCHLORIDE	Se remueve autorización previa
BROVANA	Se remueve autorización previa

Medicamentos que requieren autorización previa (PA)

Medicamento afectado	Medicamento alternativo
ICOSAPENT ETHYL	simvastatin tablet atorvastatin tablet
INVOKANA	Jardiance tablet Farxiga tablet
URSODIOL	ursodiol tablet
BYDUREON BCISE	Victoza 2-Pak subcutaneous pen injector Victoza 3-Pak subcutaneous pen injector Trulicity subcutaneous pen injector Ozempic subcutaneous pen injector Rybelsus tablet
FINACEA	azelaic acid topical gel metronidazole topical cream metronidazole 0.75 % topical gel
INVOKAMET XR	Synjardy tablet Synjardy XR tablet, extended release Xigduo XR tablet, extended release Farxiga tablet
STEGLATRO	Jardiance tablet Farxiga tablet
INVOKAMET	Synjardy tablet Synjardy XR tablet, extended release Xigduo XR tablet, extended release Farxiga tablet
ZUBSOLV	buprenorphine-naloxone sublingual film buprenorphine-naloxone sublingual tablet

SEGLUROMET	Synjardy tablet Synjardy XR tablet, extended release Xigduo XR tablet, extended release Farxiga tablet
------------	---

Medicamentos que ya no requieren terapia escalonada (ST)

Medicamento afectado	Medicamento alternativo
AZELASTINE HYDROCHLORIDE/FLUTICASONE PROPIONATE AZELAIC ACID	Se remueve terapia escalonada
XIGDUO XR	Se remueve terapia escalonada
COLCHICINE	Se remueve terapia escalonada
BYDUREON BCISE	Se remueve terapia escalonada
STEGLATRO	Se remueve terapia escalonada
FLUOCINONIDE	Se remueve terapia escalonada
SEGLUROMET	Se remueve terapia escalonada
BYETTA	Se remueve terapia escalonada

Medicamentos que requieren terapia escalonada (ST)

Medicamento afectado	Medicamento alternativo
SYMBICORT	budesonide-formoterol HFA aerosol inhaler Breo Ellipta powder for inhalation Advair HFA aerosol inhaler Wixela Inhub powder for inhalation fluticasone propionate-salmeterol inhalation powder blister
UNITHROID	levothyroxine tablet Synthroid tablet Levoxyl tablet
INSULIN GLARGINE SOLOSTAR	Lantus Solostar U-100 Insulin subcutaneous pen Lantus U-100 Insulin subcutaneous solution Toujeo SoloStar U-300 Insulin subcutaneous pen Toujeo Max U-300 SoloStar subcutaneous insulin pen Tresiba U-100 Insulin subcutaneous solution
TALICIA	amoxicillin capsule clarithromycin tablet

	omeprazole capsule, delayed release pantoprazole tablet, delayed release Pylera capsule
DEPAKOTE SPRINKLES	divalproex tablet, delayed release divalproex capsule, delayed release sprinkle lamotrigine tablet levetiracetam tablet topiramate tablet
RISPERIDONE ODT	risperidone tablet quetiapine tablet olanzapine tablet ziprasidone capsule aripiprazole tablet
DEPAKOTE	divalproex tablet, delayed release lamotrigine tablet levetiracetam tablet topiramate tablet oxcarbazepine tablet
DEPAKOTE ER	divalproex tablet, delayed release divalproex ER tablet, extended release 24 hr lamotrigine tablet levetiracetam tablet topiramate tablet
INSULIN GLARGINE	Lantus Solostar U-100 Insulin subcutaneous pen Lantus U-100 Insulin subcutaneous solution Toujeo SoloStar U-300 Insulin subcutaneous pen Toujeo Max U-300 SoloStar subcutaneous insulin pen Tresiba U-100 Insulin subcutaneous solution

Para obtener más información

Si tiene alguna pregunta, converse con su médico. También puede llamar al número que aparece en el reverso de su tarjeta de identificación de afiliado de Humana. Para un servicio las 24 horas puede iniciar sesión en MyHumana, su cuenta personal y segura en línea en **Humana.com**. Para obtener detalles adicionales sobre lo que tiene cobertura bajo su plan, también puede ver su Certificado de cobertura, la Descripción resumida del plan o la Póliza de seguro en **Humana.com**.

Los planes de Humana son ofrecidos por compañías de la familia de planes de salud y seguros, incluidas Humana Medical Plan, Inc., Humana Employers Health Plan of Georgia, Inc., Humana Health Plan, Inc., Humana Health Benefit Plan of Louisiana, Inc., Humana Health Plans of Michigan, Inc., Humana Health Plan of Ohio, Inc., Humana Health Plans of Puerto Rico, Inc. No. de licencia 00235-0008, Humana Wisconsin Health Organization Insurance Corporation, o Humana Health Plan of Texas, Inc., una Organización para el Mantenimiento de la Salud o asegurados por Humana Health Insurance Company of Florida, Inc., Humana Health Plan, Inc., Humana Health Benefit Plan of Louisiana, Inc., Humana Insurance Company, Humana Insurance Company of Kentucky, EmpheSys Insurance Company, o Humana Insurance of Puerto Rico, Inc. No. de licencia 00187-0009 o administrados por Humana Insurance Company o por Humana Health Plan, Inc.

Para los residentes de Arizona: Ofrecidos por Humana Health Plan, Inc. o asegurados por EmpheSys Insurance Company o asegurados o administrados por Humana Insurance Company o Humana Health Plan, Inc.

Para obtener más información sobre la empresa que provee sus beneficios, consulte su Documento de beneficios del plan (Certificado de cobertura/seguro o la Descripción resumida del plan).

Nuestros planes de beneficios para la salud tienen limitaciones y exclusiones.

Humana®

¡Importante!

En Humana, es importante que usted reciba un trato justo.

Humana Inc. y sus subsidiarias no discriminan ni excluyen a las personas por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, ascendencia, origen étnico, estado civil, religión, o idioma. La discriminación va en contra de la ley. Humana y sus subsidiarias cumplen con las leyes de derechos civiles federales aplicables. Si usted cree que Humana o sus subsidiarias le han discriminado, hay formas de obtener ayuda.

- Puede presentar una queja, también conocida como queja formal a: Discrimination Grievances, P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame al **877-320-1235** o bien, si utiliza un **TTY**, llame al **711**.
- También puede presentar una queja de derechos civiles ante el **Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos**, Oficina de Derechos Civiles, por medios electrónicos a través del portal de quejas disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o en **U.S. Department of Health and Human Services**, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**. Los formularios de quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.
- **Residentes de California:** También puede llamar a la línea directa gratuita del California Department of Insurance (Departamento de Seguros de California): **800-927-HELP (4357)**, para presentar una queja formal.

Tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos. 877-320-1235 (TTY: 711)

Humana provee recursos y servicios auxiliares gratuitos como, por ejemplo, intérpretes acreditados de lenguaje de señas, interpretación remota por video e información escrita en otros formatos para personas con discapacidades cuando dichos recursos y servicios auxiliares sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación.

GCHJV5RSP 0721

Tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. 877-320-1235 (TTY: 711)

Español (Spanish): Llame al número arriba indicado para recibir servicios gratuitos de asistencia lingüística.

繁體中文 (Chinese): 撥打上面的電話號碼即可獲得免費語言援助服務。

Tiếng Việt (Vietnamese): Xin gọi số điện thoại trên đây để nhận được các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí.

한국어 (Korean): 무료 언어 지원 서비스를 받으려면 위의 번호로 전화하십시오.

Tagalog (Tagalog – Filipino): Tawagan ang numero sa itaas upang makatanggap ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad.

Русский (Russian): Позвоните по номеру, указанному выше, чтобы получить бесплатные услуги перевода.

Kreyòl Ayisyen (French Creole): Rele nimewo ki pi wo la a, pou resevwa sèvis èd pou lang ki gratis.

Français (French): Appelez le numéro ci-dessus pour recevoir gratuitement des services d'aide linguistique.

Polski (Polish): Aby skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej, proszę zadzwonić pod wyżej podany numer.

Português (Portuguese): Ligue para o número acima indicado para receber serviços linguísticos, grátis.

Italiano (Italian): Chiamare il numero sopra per ricevere servizi di assistenza linguistica gratuiti.

Deutsch (German): Wählen Sie die oben angegebene Nummer, um kostenlose sprachliche Hilfsdienstleistungen zu erhalten.

日本語 (Japanese): 無料の言語支援サービスをご要望の場合は、上記の番号までお電話ください。

فارسی (Farsi)

برای دریافت تسهیلات زبانی بصورت رایگان با شماره فوق تماس بگیرید.

Diné Bizaad (Navajo): Wóda'í béesh bee hani'í bee wolta'ígíí bich'í' hódíílnih éí bee t'áá jiik'eh saad bee áká'ánída'áwo'déé nika'adoowoł.

العربية (Arabic)

الرجاء الاتصال بالرقم المبين أعلاه للحصول على خدمات مجانية للمساعدة بلغتك