

2016

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)

Humana Gold Plus
Integrated H0336-001
(Medicare-Medicaid Plan)

FAVOR LEER CON ATENCIÓN: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS PARA ESTE PLAN. ESTE FORMULARIO FUE ACTUALIZADO EL 11/05/2016 SI TIENE PREGUNTAS, LLAME A HUMANA GOLD PLUS INTEGRATED H0336-001 (MEDICARE-MEDICAID PLAN) AL 1-800-787-3311 (TTY: 711), DE LUNES A VIERNES DE 8 A.M. A 8 P.M., HORA DEL CENTRO. LA LLAMADA ES GRATUITA.

Humana®

Índice:

Introducción 4

Preguntas frecuentes 5

Lista de medicamentos cubiertos 11

Índice de medicamentos 162

Lista de medicamentos por enfermedad 213



Humana Gold Plus Integrated H0336-001 (Medicare-Medicaid Plan) | Lista de medicamentos cubiertos 2016 (formulario)

A continuación se presenta una lista de los medicamentos que los afiliados pueden obtener a través de Humana Gold Plus Integrated.

- Humana Gold Plus Integrated H0336-001 es un plan de atención médica que se contrata tanto con Medicare como con Illinois Medicaid para ofrecer a los afiliados los beneficios de ambos programas.
- La lista de medicamentos cubiertos y/o las redes de farmacias y de proveedores pueden cambiar cada cierto tiempo durante el año. Le enviaremos un aviso antes de hacer cualquier cambio que pudiera afectarlo.
- Los beneficios y/o los copagos pueden cambiar el 1.º de enero de cada año. Puede consultar en Internet en cualquier momento la lista actualizada de los medicamentos cubiertos de Humana Gold Plus Integrated en el sitio **Humana.com**
- Puede obtener esta información gratis en otros formatos, como Braille, de letra grande o audio. Llame al 1-800-787-3311 (TTY: 711). La llamada es gratuita.
- Es posible que se apliquen limitaciones, copagos y restricciones. Para obtener más información, llame a Atención al Cliente de Humana Gold Plus Integrated o lea el manual para afiliados de Humana Gold Plus Integrated.
- Los copagos por los medicamentos recetados pueden variar según la ayuda adicional que usted recibe. Comuníquese con el plan para obtener más detalles.
- Puede obtener esta información en español o hablar con alguien sobre esta información en otros idiomas sin cargo. Llame al 1-800-787-3311 (TTY: 711). La llamada es gratuita.
- Puede obtener este documento en español o hablar con alguien sobre esta información en otros idiomas sin cargo. Llame al 1-800-787-3311 (TTY: 711). La llamada es gratuita.



Preguntas frecuentes

Aquí encontrará respuestas a sus preguntas sobre la lista de medicamentos cubiertos. Puede leer todas las preguntas frecuentes para obtener información, o buscar una pregunta y una respuesta específicas.

1. ¿Qué medicamentos recetados están en la lista de medicamentos cubiertos?

(La lista cubierta de medicamentos se denomina en forma abreviada la “lista de medicamentos”).

Los medicamentos, incluidos en la lista de medicamentos cubiertos que comienza en la página 11, son los medicamentos cubiertos por Humana Gold Plus Integrated. Se pueden obtener en las farmacias que integran nuestra red. Una farmacia forma parte de la red si se ha firmado un contrato para proporcionar servicios a nuestros afiliados. Nos referiremos a esas farmacias como las “farmacias de la red”.

- Humana Gold Plus Integrated cubrirá todos los medicamentos necesarios por razones médicas incluidos en la lista de medicamentos:
 - si el médico o el profesional que emite la receta indica que usted los necesita para mejorar o para mantenerse en buen estado de salud **y**
 - si usted presenta la receta en una farmacia de la red de Humana Gold Plus Integrated.
- Humana Gold Plus Integrated puede aplicar medidas adicionales para el acceso a ciertos medicamentos (consulte la pregunta 5 a continuación).

También puede consultar una lista actualizada de los medicamentos que cubrimos en nuestro sitio de Internet **Humana.com** o llamar a Atención al Cliente al 1-800-787-3311 (TTY: 711).

2. ¿Cambia en algún momento la lista de medicamentos?

Sí. Humana Gold Plus Integrated puede añadir o eliminar medicamentos de la lista durante el año. En general, la lista de medicamentos cambiará solo si:

- aparece un medicamento más barato que funciona igual que un medicamento actual de la lista **o**
- determinamos que un medicamento no es seguro.

También es posible que cambiemos las reglas sobre los medicamentos. Por ejemplo, podemos:

- decidir exigir o no exigir aprobación previa para un medicamento. (*Aprobación previa* es el proceso de obtener la autorización de Humana Gold Plus Integrated antes de recibir un medicamento).
- añadir o cambiar la cantidad que se puede obtener de un medicamento (denominado “límites de cantidad”);
- añadir o cambiar las restricciones de los tratamientos por pasos para un medicamento. (*Tratamiento por pasos* significa que debe probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento).

(Para obtener más información sobre estas reglas de medicamentos, consulte la página 11).

Le informaremos si un medicamento que usted toma se elimina de la lista. También le informaremos si cambiamos nuestras reglas para cubrir un medicamento. Las preguntas 3, 4 y 7 a continuación incluyen más información sobre lo que sucede cuando cambia la lista de medicamentos.

- Puede consultar en cualquier momento en Internet la lista actualizada de medicamentos cubiertos de Humana Gold Plus Integrated en el sitio - **Humana.com**. También puede recurrir a Atención al Cliente para consultar la lista de medicamentos actual llamando al 1-800-787-3311 (TTY: 711).

Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



3. ¿Qué sucede si aparece un medicamento más barato que funciona igual que un medicamento actual de la lista?

Si está tomando un medicamento que se elimina de la lista porque aparece un medicamento más barato que funciona igual, le informaremos. Le avisaremos como mínimo 60 días antes de eliminar el medicamento de la lista o cuando pida una receta nueva. Entonces podrá recibir un suministro de 60 días del medicamento antes de que se realice el cambio en la lista de medicamentos. Se le notificará por correo en caso de producirse cambios.

4. ¿Qué sucede si determinamos que un medicamento no es seguro?

Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) establece que el medicamento que usted toma no es seguro, eliminaremos de inmediato el medicamento de la lista. Además le enviaremos una carta sobre el problema. Hable con su médico sobre otros medicamentos alternativos que se podrían usar para tratar su enfermedad.

5. ¿Hay restricciones o límites en la cobertura de medicamentos? ¿O existen requisitos para obtener ciertos medicamentos?

Sí, existen reglas de cobertura para ciertos medicamentos, o límites sobre la cantidad que puede recibir. En algunos casos, usted, su médico u otro profesional que prescribe debe realizar ciertas acciones para poder recibir el medicamento. Por ejemplo:

- **Aprobación previa (o autorización previa):** Para ciertos medicamentos, usted, su médico u otro profesional que prescribe el medicamento debe obtener aprobación de Humana Gold Plus Integrated antes de presentar la receta en la farmacia. Si no obtiene la aprobación, es posible que Humana Gold Plus Integrated no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** En ciertas ocasiones, Humana Gold Plus Integrated limita la cantidad de un medicamento que se entrega a un afiliado.
- **Tratamiento por pasos:** En ocasiones Humana Gold Plus Integrated exige al afiliado que haga un tratamiento por pasos. Esto significa que debe probar diversos medicamentos en un cierto orden para tratar su enfermedad. Es posible que deba probar un medicamento para que podamos cubrir otro. Si el médico cree que el primer medicamento no funciona de la mejor manera para usted, cubriremos el segundo.

Puede averiguar si un medicamento tiene requisitos adicionales o límites consultando las tablas que comienzan en la página 12. También puede obtener más información en nuestro sitio de Internet **Humana.com**. Allí encontrará documentos que explican las restricciones de autorización previa y de tratamiento por pasos. También puede pedir que le enviemos una copia.

Puede solicitar además que se haga una “excepción” de esos límites. Consulte la pregunta 11 si desea información sobre las excepciones.

- Si se encuentra en un centro de enfermería o en otro centro de atención médica a largo plazo y necesita un medicamento que no está incluido en la lista, o si tiene problemas para obtener el medicamento que necesita, podemos ayudarle. Cubriremos un suministro de emergencia de 31 días del medicamento que necesita (excepto que tenga una receta por menos días), independientemente de si es un afiliado nuevo de Humana Gold Plus Integrated. De esa forma tendrá un poco más de tiempo para hablar con su médico u otro profesional que prescribe el medicamento. Con él podrá determinar si hay un medicamento similar en la lista de medicamentos que sirva como alternativa o si se debe solicitar una excepción. Consulte la pregunta 11 si desea información sobre las excepciones.

Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al



1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **Humana.com**.

6. ¿Cómo saber si el medicamento que usted toma tiene limitaciones o si se requieren acciones para obtener el medicamento?

La lista de medicamentos cubiertos en la página 11 tiene una columna denominada “Acciones necesarias, restricciones o limitaciones de uso”.

7. ¿Qué sucede si cambiamos nuestras reglas sobre la cobertura de ciertos medicamentos? Por ejemplo, si añadimos autorización (aprobación) previa, límites de cantidad y/o restricciones de tratamiento por pasos para un medicamento.

Le informaremos si añadimos autorización previa, límites de cantidad y/o restricciones de tratamiento por pasos para un medicamento. La avisaremos como mínimo 60 días antes de añadir la restricción o cuando necesite una receta nueva. Entonces puede recibir un suministro de 60 días del medicamento antes de que se realice el cambio en la lista de medicamentos. Esto le da tiempo para discutir los pasos siguientes con su médico o el profesional que le extendió la receta.

8. ¿Cómo buscar un medicamento en la lista de medicamentos?

Hay dos formas de buscar un medicamento:

- Puede buscar por orden alfabético (si sabe cómo se escribe el medicamento) **o**
- Puede buscar por enfermedad.

Para buscar por **orden alfabético**, vaya a la sección de la lista alfabética. Comienza en la página 162.

Para buscar por **enfermedad**, busque la sección denominada “Lista de medicamentos por enfermedad” en la página 213. Los medicamentos en esta sección están agrupados por categorías dependiendo del tipo de enfermedades para las cuales se los use. Por ejemplo, si tiene un problema cardíaco, debe buscar en la categoría “enfermedades relacionadas con el corazón”. Allí encontrará los medicamentos para tratar las afecciones cardíacas.

9. ¿Qué sucede si el medicamento que quiere tomar no está en la lista de medicamentos?

Si su medicamento no aparece en la lista, llame a Atención al Cliente al 1-800-787-3111 (TTY:711) y consulte el problema. Si le informan que Humana Gold Plus Integrated no cubre ese medicamento, puede hacer una de las siguientes cosas:

- Pida a Atención al Cliente una lista de medicamentos iguales al que usted desea tomar. Muestre esa lista a su médico o al profesional que le extenderá la receta. Ellos le podrán dar una receta para un medicamento de la lista que sea igual al que usted quiere tomar. **O**
- Puede pedir al plan de salud que haga una excepción para cubrir el medicamento. Consulte la pregunta 11 si desea información sobre las excepciones.

10. ¿Qué sucede si es un afiliado nuevo de Humana Gold Plus Integrated y no encuentra el medicamento en la lista o si tiene problemas para obtenerlo?

Podemos ayudarlo. Podemos cubrir un suministro temporal de 30 días del medicamento durante los primeros 90 días posteriores a su afiliación a Humana Gold Plus Integrated. De esa forma tendrá un poco más de tiempo para hablar con su médico u otro profesional que prescribe el medicamento. Con él podrá determinar si hay un medicamento similar en la lista de medicamentos que sirva como alternativa o si se debe solicitar una excepción.

Cubriremos un suministro de 30 días del medicamento si:

- está tomando un medicamento que no está en nuestra lista **o**

Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al

 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.

- si las reglas del plan de salud no le permiten obtener la cantidad indicada por el profesional que emite la receta
- el medicamento requiere la aprobación previa de Humana Gold Plus Integrated
- si está tomando un medicamento que forma parte de una restricción de tratamiento por pasos.

Si vive en un hogar para ancianos o en otro centro de atención médica a largo plazo, puede obtener una receta para un suministro total de 98 días. Puede obtener varias recetas nuevas del medicamento durante el período de transición de 90 días. Esto le da tiempo al profesional que emite la receta para cambiar los medicamentos a otros que estén incluidos en la lista de medicamentos o para pedir una excepción.

Humana quiere asegurarse de que usted, como afiliado nuevo o antiguo, tenga una transición segura al año del plan 2016. Es posible que en 2016 no pueda recibir su tratamiento de medicamento actual, si dicho medicamento:

- no está en la lista de medicamentos de Humana o
- requiere la autorización previa por limitaciones de cantidad, requisitos de tratamiento por pasos o confirmación de la historia clínica.

Costo compartido de medicamentos provisto durante la póliza de transición

Si en 2016 es elegible para el subsidio por bajos ingresos, el copago o coseguro por un suministro temporal de medicamentos proporcionados durante el período de transición no superará el límite del subsidio por bajos ingresos. Si no recibe dicho subsidio, el copago o coseguro se basará en los niveles de costos compartidos de medicamentos aprobados por el plan.

Suministro de transición por única vez en una farmacia minorista o de pedido por correo

Si tiene capacidad limitada de recibir el tratamiento recetado actual:

- Humana cubrirá por única vez un suministro de 30 días de un medicamento cubierto de la Parte D *excepto* que la receta se haya emitido para menos de 30 días (en cuyo caso Humana permitirá presentar varias recetas para suministrar hasta un total de 30 días de medicación) durante los primeros 90 días de elegibilidad. Humana permitirá presentar varias recetas para recetas de transición emitidas por menos que la cantidad escrita debido a límites de cantidad con fines de seguridad o revisiones de utilización de medicamentos basadas en etiquetas de producto aprobadas.
- Después de que tenga el suministro para 30 días, recibirá una carta explicando la naturaleza temporal del suministro de medicamentos de transición. Después de que reciba la carta, hable con su médico y decida si debe cambiar a un medicamento alternativo o solicitar una excepción o autorización previa. Humana no pagará por nuevas recetas de medicamentos de suministro temporal hasta que se solicite y apruebe una excepción o autorización previa.

Suministro de transición para residentes en centros de atención médica a largo plazo

En el caso de afiliados nuevos del plan y que residen en un centro de atención médica a largo plazo, Humana cubrirá un suministro temporal del medicamento durante los primeros 90 días de afiliación al plan. El suministro total permitido será para un máximo de 98 días, o menos si la receta se emite para menos días. (Recuerde que la farmacia de atención médica a largo plazo puede proporcionar el medicamento en cantidades más pequeñas cada vez para evitar desperdicios). Si resulta necesario cubriremos las nuevas recetas adicionales durante los primeros 90 días de afiliación al plan.

Esta cobertura se ofrece en cualquier momento durante los primeros 90 días de elegibilidad si las recetas del tratamiento actual se presentan en una farmacia de atención médica a largo plazo. Independientemente de que sea un afiliado nuevo del plan, cubriremos un suministro de hasta 31 días del medicamento que necesita si este no estuviera incluido en la lista de medicamentos o si tiene problemas para obtenerlo, a fin de que pueda seguir con su tratamiento mientras solicita una excepción o una autorización previa.

Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al



1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **Humana.com**.

Suministro de transición para afiliados actuales

Durante todo el año del plan, es posible que su tratamiento tenga cambios debido al nivel de atención que necesita. Entre esas transiciones se incluyen:

- afiliados que cambian de un hospital o centro de enfermería especializado a atención domiciliaria;
- afiliados que cambian de atención domiciliaria a un hospital o centro de enfermería especializado;
- afiliados que cambian de un centro de enfermería especializado a otro, atendido por una farmacia diferente;
- afiliados que finalizan su estadía en un centro de enfermería especializado Parte A de Medicare - donde los pagos incluyen todos los cargos de farmacia - y que deben comenzar a usar los beneficios de plan de la Parte D;
- afiliados que salen de la categoría de atención médica para pacientes terminales y vuelven a la cobertura estándar de la Parte A y la Parte B de Medicare;
- afiliados que salen de hospitales para enfermos psiquiátricos crónicos con regímenes de medicamentos altamente individualizados.

Para estos cambios de situaciones de tratamientos, Humana cubre un suministro de 31 días de un medicamento de la Parte D si la receta se presenta en una farmacia. Si cambia varias veces de situación de tratamiento dentro del mismo mes, deberá solicitar una excepción o autorización previa y recibir aprobación para la cobertura continua del medicamento.

Humana revisará dichas solicitudes de continuación de tratamiento en forma individual, si usted tiene un régimen de medicamento estabilizado que podría plantear riesgos en caso de alterarse.

Extensión de transición

Humana tomará medidas para continuar suministrándole los medicamentos que usted necesita mediante una extensión del período de transición, con el análisis individual de cada caso, si su solicitud de excepción o apelación no ha sido procesada al final del período de transición.

Aviso de prácticas de privacidad

Esta póliza de transición se puede obtener en el sitio de Internet de Humana en **Humana.com**, en la misma área en que aparece el formulario de la Parte D.

Si necesita ayuda para comprender esta información, comuníquese con la Atención al Cliente llamando al 1-800-787-3311 (TTY: 711) para obtener servicio de traducción gratuito.

11. ¿Es posible pedir una excepción para cubrir su medicamento?

Sí. Puede pedir a Humana Gold Plus Integrated que haga una excepción para cubrir un medicamento que no está en la lista de medicamentos.

También puede pedirnos un cambio de reglas para su medicamento.

- Por ejemplo, Humana Gold Plus Integrated puede limitar la cantidad de medicamento que cubre. Si su medicamento tiene un límite, puede solicitar que cambiemos el límite y aumentemos la cobertura.
- Otros ejemplos: Puede pedir que no se apliquen las restricciones de tratamiento por pasos o los requisitos de aprobación previa.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.

12. ¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción?

En primer lugar debemos recibir una declaración del profesional que emite la receta en la que apoye la solicitud de excepción. Después de recibir la declaración, le comunicaremos una decisión dentro de un periodo de 72 horas.

Si usted o el profesional que emite la receta consideran que su salud puede sufrir daños si tiene que esperar 72 horas por una decisión, puede solicitar una excepción acelerada. Es un proceso de decisión más rápido. Si el profesional que emite la receta apoya su solicitud, le comunicaremos una decisión en 24 horas después de recibir la declaración de apoyo del profesional.

13. ¿Cómo puede solicitar una excepción?

Para solicitar una excepción, llame a Humana Clinical Pharmacy Review (Departamento de Revisión de Farmacia Clínica de Humana, HCPR) al 1-800-555-CLIN (2546). El HCPR trabajará con usted y su proveedor para ayudarle a solicitar una excepción.

14. ¿Qué son los medicamentos genéricos?

Los *medicamentos genéricos* contienen los mismos ingredientes que los medicamentos de marca. En general cuestan menos que los medicamentos de marca y normalmente no tienen nombres tan conocidos. Los medicamentos genéricos son aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA).

Humana Gold Plus Integrated cubre tanto medicamentos de marca como medicamentos genéricos.

15. ¿Qué son los medicamentos de venta sin receta médica?

La sigla en inglés *OTC* significa “venta sin receta médica” (over the counter).

Humana Gold Plus Integrated cubre algunos medicamentos de venta sin receta médica si su proveedor los emite como recetas.

Puede leer la lista de medicamentos de Humana Gold Plus Integrated para ver las recetas de venta sin receta médica que están cubiertos.

16. ¿Cuál es el copago?

Puede leer la lista de medicamentos de Humana Gold Plus Integrated para ver el copago para cada medicamento.

Los afiliados de Humana Gold Plus Integrated que viven en centros de enfermería u otro tipo de centro de atención médica a largo plazo no tienen copagos. Algunos afiliados que obtienen atención a largo plazo en la comunidad tampoco tendrán copagos.

- Los medicamentos del nivel 1 son medicamentos genéricos y tienen un copago de \$0.
- Los medicamentos del nivel 2 son medicamentos de marca y tienen un copago de \$0.
- Los medicamentos del nivel 3 tienen un copago de \$0.
- Los medicamentos del nivel 4 tienen un copago de \$0.



Lista de medicamentos cubiertos

La lista de medicamentos cubiertos que comienza en las páginas siguientes le informa sobre los medicamentos cubiertos por Humana Gold Plus Integrated. Si tiene problemas para encontrar su medicamento en la lista, vaya al Índice que comienza en la página 162.

La primera columna de la tabla indica el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca se escriben con letras de imprenta (por ejemplo, ABILIFY) y los medicamentos genéricos se indican en letra minúsculas en itálicas (por ejemplo, *acarbose*).

La información de la columna sobre acciones necesarias, restricciones o límites de uso le indica si Humana Gold Plus Integrated tiene reglas sobre la cobertura del medicamento.

Nota: El asterisco (*) al lado de un medicamento indica que dicho medicamento no es un “medicamento de la Parte D”. El monto que paga al presentar una receta de este medicamento en la farmacia no se tiene en cuenta en el total de costos de medicamentos (o sea, el monto que paga no le ayuda a calificar para cobertura catastrófica). Además, si recibe ayuda adicional para pagar las recetas, no recibirá ayuda adicional para pagar esos medicamentos. También existen reglas de apelación diferentes para estos medicamentos. Una *apelación* es un procedimiento para pedir la revisión de una decisión de cobertura, y su modificación si considera que cometimos un error. Por ejemplo, podríamos decidir que un medicamento que usted desea no está cubierto o ha dejado de estar cubierto por Medicare o Medicaid. Si usted o su médico no están de acuerdo con nuestra decisión, puede apelar. Para pedir instrucciones sobre cómo presentar una apelación, comuníquese con la Atención al Cliente llamando al 1-800-787-3311 (TTY: 711). También puede consultar el folleto para afiliados a fin de obtener información sobre cómo apelar una decisión.

A continuación le indicamos los significados de los códigos que usamos en la columna “Acciones necesarias, restricciones o límites de uso”:

QL = Límite de cantidad: solo se permite una cantidad específica de un medicamento para un período dado de días.

PA = Autorización previa (aprobación): debe tener la aprobación del plan para poder obtener este medicamento.

ST = Tratamiento por pasos: debe probar otro medicamento antes de obtener éste.

BvsD = Revisión de la Parte B o la Parte D de Medicare (aprobación): se revisa la ubicación de administración del medicamento y se debe aprobar para que el plan cubra el costo.

(*) = no es un medicamento de la Parte D.

MO = el medicamento se obtiene en general mediante pedido por correo.

Lista de medicamentos por enfermedad

Los medicamentos en esta sección están agrupados por categorías dependiendo del tipo de enfermedades para las cuales se los use. Por ejemplo, si tiene un problema cardíaco, debe buscar en la categoría “enfermedades relacionadas con el corazón”. Allí encontrará los medicamentos para tratar las afecciones cardíacas.



AGENTES ANTIINFECTIVOS - Medicamentos utilizados para tratar infecciones

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
abacavir 300 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
abacavir-lamivudine 600-300 mg ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
abacavir-lamivudine-zidov tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
ABELCET 5 MG/ML INTRAVENOUS SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
acyclovir 200 mg capsule; acyclovir 200 mg/5 ml susp; acyclovir 400 mg, 800 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
acyclovir 1,000 mg/20 ml vial; acyclovir sodium 50 mg/ml, 500 mg vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
adefovir dipivoxil 10 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ALBENZA 200 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
ALINIA 100 MG/5 ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (150 cada 30 d<Chr85>as)
ALINIA 500 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (40 cada 30 d<Chr85>as)
AMBISOME 50 MG INTRAVENOUS SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
amikacin sulf 500 mg/2 ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
amoxicillin 125 mg, 250 mg tab chew; amoxicillin 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml susp; amoxicillin 250 mg, 500 mg capsule; amoxicillin 500 mg, 875 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
amox-clav 200-28.5 mg, 400-57 mg tab chew; amox-clav 200-28.5 mg/5 ml, 250-62.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml, 600-42.9 mg/5 ml sus; amox-clav 200-28.5 mg/5 ml, 250-62.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml, 600-42.9 mg/5 ml susp; amox-clav 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg tablet; amox-clav er 1,000-62.5 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
amphotericin b 50 mg vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ampicillin 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml susp; ampicillin 250 mg, 500 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ampicillin 1 gm vial; ampicillin 1 gram, 10 gram, 125 mg vial; ampicillin 10 gm vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ampicillin-sulbactam 15 gm vl; ampicillin-sulbactam 3 gm vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
APTIVUS 100 MG/ML ORAL SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (285 cada 28 d<Chr85>as)
APTIVUS 250 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
atovaquone 750 mg/5 ml susp ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
atovaquone-proguanil 250-100; atovaquone-proguanil 62.5-25 ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
ATRIPLA 600 MG-200 MG-300 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
azithromycin 1 gm pwd packet; azithromycin 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml susp; azithromycin 250 mg, 500 mg, 600 mg tablet; azithromycin i.v. 500 mg vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
aztreonam 1 gm vial; aztreonam 2 gm vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
bacitracin 50,000 units vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
BARACLUDE 0.05 MG/ML ORAL SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (630 cada 30 d<Chr85>as)
BETHKIS 300 MG/4 ML SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (224 cada 28 d<Chr85>as)
BICILLIN C-R 1,200,000 UNIT/2 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE; BICILLIN C-R 900,000 UNIT-300K UNIT/2 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
BICILLIN L-A 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
CANCIDAS 50 MG, 70 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
CAPASTAT 1 GRAM SOLUTION FOR INJECTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
CAYSTON 75 MG/ML SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (84 cada 28 d<Chr85>as)
cefaclor 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 375 mg/5 ml susp; cefaclor 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 375 mg/5 ml suspen; cefaclor 250 mg, 500 mg capsule; cefaclor er 500 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
cefadroxil 1 gm tablet; cefadroxil 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml susp; cefadroxil 500 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
cefazolin 1 gm vial; cefazolin 1 gram, 10 gram, 500 mg vial; cefazolin 10 gm vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
cefazolin 1 g/50 ml-dextrose; cefazolin 2 g/100 ml-dextrose ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
cefdinir 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml susp; cefdinir 300 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
cefepime hcl 1 gm vial; cefepime hcl 1 gram, 2 gram vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
cefotaxime sodium 1 gm vial; cefotaxime sodium 1 gram, 10 gram, 2 gram, 500 mg vial; cefotaxime sodium 10 gm vial; cefotaxime sodium 2 gm vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
cefotetan 1 gm vial; cefotetan 10 gm vial; cefotetan 2 gm vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
cefoxitin 1 gm vial; cefoxitin 10 gm vial; cefoxitin 2 gm vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
cefoxitin 1 gm piggyback bag; cefoxitin 2 gm piggyback bag ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
cefpodoxime 100 mg, 200 mg tablet; cefpodoxime 100 mg/5 ml, 50 mg/5 ml susp ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
cefprozil 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml susp; cefprozil 250 mg, 500 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ceftazidime 1 gm vial; ceftazidime 2 gm vial; ceftazidime 6 gm vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ceftazidime 1 gm piggyback; ceftazidime 2 gm piggyback ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ceftriaxone 1 gm vial; ceftriaxone 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg vial; ceftriaxone 10 gm vial; ceftriaxone 2 gm add vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
cefuroxime axetil 250 mg, 500 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
cefuroxime sod 1.5 gm vial; cefuroxime sod 1.5 gram, 7.5 gram, 750 mg vial; cefuroxime sod 7.5 gm vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
cephalexin 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml susp; cephalexin 250 mg, 500 mg tablet; cephalexin 250 mg, 500 mg, 750 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
chloramphen na succ 1 gm vl ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
chloroquine ph 250 mg, 500 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ciprofloxacin hcl 100 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ciprofloxacin-d5w 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ciprofloxacin 400 mg/40 ml vl ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
clarithromycin 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml sus; clarithromycin 250 mg, 500 mg tablet; clarithromycin er 500 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
clindamycin hcl 150 mg, 300 mg, 75 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
clindamycin-d5w 300 mg/50 ml, 600 mg/50 ml, 900 mg/50 ml ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
clindamycin 75 mg/5 ml soln ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
clindamycin pediatric 75 mg/5 ml oral solution ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
clindamycin ph 900 mg/6 ml vl ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
COARTEM 20 MG-120 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (24 cada 30 d<Chr85>as)
colistimethate 150 mg vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
COMPLERA 200 MG-25 MG-300 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
CRESEMBA 186 MG CAPSULE; CRESEMBA 372 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
CRIXIVAN 200 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (450 cada 30 d<Chr85>as)
CRIXIVAN 400 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (270 cada 30 d<Chr85>as)
CUBICIN 500 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
CUBICIN RF 500 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
cycloserine 250 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
DAKLINZA 30 MG, 60 MG, 90 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (28 cada 28 d<Chr85>as)
dapsone 100 mg, 25 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
daptomycin 500 mg vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
DARAPRIM 25 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
demeclocycline 150 mg, 300 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
DESCOVY 200 MG-25 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
dicloxacillin 250 mg, 500 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
didanosine dr 125 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
didanosine dr 200 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
didanosine dr 250 mg, 400 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
DORIBAX 500 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
doxy-100 100 mg intravenous solution ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
doxycycline hyc 100 mg vial; doxycycline hyclate 100 mg tab; doxycycline hyclate 100 mg, 50 mg cap ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
doxycycline 25 mg/5 ml susp; doxycycline mono 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
doxycycline mono 100 mg, 50 mg, 75 mg cap; doxycycline mono 100 mg, 50 mg, 75 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
E.E.S. 400 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
EDURANT 25 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
EMTRIVA 10 MG/ML ORAL SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (680 cada 28 d<Chr85>as)
EMTRIVA 200 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
entecavir 0.5 mg, 1 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
EPIVIR HBV 25 MG/5 ML (5 MG/ML) ORAL SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
EPZICOM 600 MG-300 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
ERAXIS(WATER DILUENT) 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
ERY-TAB 250 MG, 333 MG, 500 MG TABLET,DELAYED RELEASE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
ERYTHROCIN 500 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
ERYTHROCIN (AS STEARATE) 250 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
erythromycin es 400 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ethambutol hcl 100 mg, 400 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
EVOTAZ 300 MG-150 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
famciclovir 125 mg, 250 mg, 500 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
fluconazole 10 mg/ml, 40 mg/ml susp; fluconazole 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
fluconazole-dext 400 mg/200 ml ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
flucytosine 250 mg, 500 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
foscarnet 24 mg/ml infus bttl ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
FUZEON 90 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
ganciclovir 500 mg vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
gentamicin 80 mg/2 ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
gentamicin 70 mg/ns 50 ml pb; gentamicin 90 mg/ns 100 ml pb; iso gentamicin 100 mg/100 ml, 60 mg/50 ml, 70 mg/50 ml, 80 mg/100 ml, 80 mg/50 ml, 90 mg/100 ml; isoton gentamicin 100 mg/100 ml, 60 mg/50 ml, 70 mg/50 ml, 80 mg/100 ml, 80 mg/50 ml, 90 mg/100 ml ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
GENVOYA 150 MG-150 MG-200 MG-10 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
griseofulvin 125 mg/5 ml susp ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
griseofulvin ultra 125 mg, 250 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
HARVONI 90 MG-400 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (28 cada 28 d<Chr85>as)
hydroxychloroquine 200 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
imipenem-cilastatin 250 mg, 500 mg vl ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
INTELENCE 100 MG, 25 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
INTELENCE 200 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
INTRON A 10 MILLION UNIT (1 ML), 10 MILLION UNIT/ML, 18 MILLION UNIT (1 ML), 50 MILLION UNIT (1 ML), 6 MILLION UNIT/ML INJECTION SOLUTION; INTRON A 10 MILLION UNIT (1 ML), 10 MILLION UNIT/ML, 18 MILLION UNIT (1 ML), 50 MILLION UNIT (1 ML), 6 MILLION UNIT/ML SOLUTION FOR INJECTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
INVANZ 1 GRAM, 1 GRAM INTRAVENOUS SOLUTION; INVANZ 1 GRAM, 1 GRAM SOLUTION FOR INJECTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
INVIRASE 200 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (300 cada 30 d<Chr85>as)
INVIRASE 500 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
ISENTRESS 100 MG ORAL POWDER PACKET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
ISENTRESS 100 MG, 25 MG CHEWABLE TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (180 cada 30 d<Chr85>as)
ISENTRESS 400 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
isoniazid 100 mg, 300 mg tablet; isoniazid 100 mg/ml, 50 mg/5 ml solution; isoniazid 100 mg/ml, 50 mg/5 ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
itraconazole 100 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
ivermectin 3 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
KALETRA 100 MG-25 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (300 cada 30 d<Chr85>as)
KALETRA 200 MG-50 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (150 cada 30 d<Chr85>as)
KALETRA 400 MG-100 MG/5 ML ORAL SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
KETEK 300 MG, 400 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
ketoconazole 200 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
lamivudine 10 mg/ml oral soln ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (960 cada 30 d<Chr85>as)
lamivudine 150 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
lamivudine 300 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
lamivudine hbv 100 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
lamivudine-zidovudine tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
levofloxacin 25 mg/ml solution; levofloxacin 250 mg, 500 mg, 750 mg tablet; levofloxacin 500 mg/20 ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
levofloxacin 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml-d5w ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
LEXIVA 50 MG/ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (1575 cada 28 d<Chr85>as)
LEXIVA 700 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
linezolid 100 mg/5 ml susp; linezolid 600 mg tablet; linezolid 600 mg/300 ml iv sol ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
linezolid-0.9% nacl 600 mg/300 ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
mefloquine hcl 250 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
meropenem iv 1 gm vial; meropenem iv 1 gram, 500 mg vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
meropenem-0.9% nacl 1 gram/50; meropenem-0.9% nacl 500 mg/50 ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
methenamine hipp 1 gm tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
metronidazole 250 mg, 500 mg tablet; metronidazole 375 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
metronidazole 500 mg/100 ml ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
minocycline 100 mg, 50 mg, 75 mg capsule; minocycline hcl 100 mg, 50 mg, 75 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
nafcillin 1 gm vial; nafcillin 10 gm vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
nafcillin 1 gm/ 50 ml inj ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
NEBUPENT 300 MG SOLUTION FOR INHALATION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
neomycin 500 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
nevirapine 200 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
nevirapine 50 mg/5 ml susp ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (1200 cada 30 d<Chr85>as)
nevirapine er 100 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
nevirapine er 400 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
nitrofurantoin 25 mg/5 ml susp ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
nitrofurantoin mcr 100 mg, 50 mg cap ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
nitrofurantoin mono-mcr 100 mg ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
NORVIR 100 MG CAPSULE; NORVIR 100 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (360 cada 30 d<Chr85>as)
NORVIR 80 MG/ML ORAL SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (480 cada 30 d<Chr85>as)
NOXAFIL 100 MG TABLET,DELAYED RELEASE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (93 cada 30 d<Chr85>as)
NOXAFIL 200 MG/5 ML (40 MG/ML) ORAL SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (840 cada 28 d<Chr85>as)
NOXAFIL 300 MG/16.7 ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
nystatin 100,000 unit/ml susp; nystatin 500,000 unit oral tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ODEFSEY 200 MG-25 MG-25 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
ofloxacin 400 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>paromomycin 250 mg capsule</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
PASER 4 GRAM GRANULES DELAYED-RELEASE PACKET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
PCE 333 MG, 500 MG PARTICLES IN TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
PEGINTRON 120 MCG/0.5 ML, 150 MCG/0.5 ML, 50 MCG/0.5 ML, 80 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS KIT ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (2 cada 28 d<Chr85>as)
PEGINTRON REDIPEN 120 MCG/0.5 ML, 150 MCG/0.5 ML, 50 MCG/0.5 ML, 80 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS KIT ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (2 cada 28 d<Chr85>as)
<i>penicillin g k 20 million unit, 5 million unit; penicillin gk 20 million unit, 5 million unit</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>penicillin g na 5 million unit</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>penicillin vk 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml soln; penicillin vk 250 mg, 500 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
PENTAM 300 MG SOLUTION FOR INJECTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
<i>pfizerpen-g 20 million unit, 5 million unit solution for injection</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>piperacil-tazobact 2.25 gm vl; piperacil-tazobact 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram; piperacil-tazobact 3.375 gm vl; piperacil-tazobact 4.5 gm vial</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>polymyxin b sulfite vial</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
PREZCOBIX 800 MG-150 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
PREZISTA 100 MG/ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (360 cada 30 d<Chr85>as)
PREZISTA 150 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (240 cada 30 d<Chr85>as)
PREZISTA 400 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
PREZISTA 600 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
PREZISTA 75 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (480 cada 30 d<Chr85>as)
PREZISTA 800 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
PRIFTIN 150 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
<i>primaquine 26.3 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
PRIMSOL 50 MG/5 ML ORAL SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
<i>pyrazinamide 500 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>quinine sulfate 324 mg capsule</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (42 cada 7 d<Chr85>as)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
REBETOL 40 MG/ML ORAL SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (1000 cada 30 d<Chr85>as)
RELENZA DISKHALER 5 MG/ACTION POWDER FOR INHALATION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 180 d<Chr85>as)
RESCRIPTOR 100 MG DISPERSIBLE TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (360 cada 30 d<Chr85>as)
RESCRIPTOR 200 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (180 cada 30 d<Chr85>as)
RETROVIR 10 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
REYATAZ 150 MG, 200 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
REYATAZ 300 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
REYATAZ 50 MG ORAL POWDER PACKET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
<i>ribasphere 200 mg capsule; ribasphere 200 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (168 cada 28 d<Chr85>as)
<i>ribavirin 200 mg capsule; ribavirin 200 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (168 cada 28 d<Chr85>as)
<i>rifabutin 150 mg capsule</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
RIFAMATE 300 MG-150 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
<i>rifampin 150 mg, 300 mg capsule; rifampin iv 600 mg vial</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
RIFATER 50 MG-120 MG-300 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
<i>rimantadine hcl 100 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
SELZENTRY 150 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (240 cada 30 d<Chr85>as)
SELZENTRY 300 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
SIRTURO 100 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (68 cada 28 d<Chr85>as)
SIVEXTRO 200 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (24 cada 28 d<Chr85>as)
SIVEXTRO 200 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (6 cada 28 d<Chr85>as)
SOVALDI 400 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (28 cada 28 d<Chr85>as)
<i>stavudine 1 mg/ml solution</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (2400 cada 30 d<Chr85>as)
<i>stavudine 15 mg, 20 mg capsule</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
stavudine 30 mg, 40 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
streptomycin sulf 1 gm vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
STRIBILD 150 MG-150 MG-200 MG-300 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
sulfadiazine 500 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
sulfamethoxazole-tmp ds tablet; sulfamethoxazole-tmp inj vial; sulfamethoxazole-tmp ss tablet; sulfamethoxazole-tmp susp ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
sulfasalazine 500 mg, 500 mg tablet; sulfasalazine dr 500 mg, 500 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
SUSTIVA 200 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
SUSTIVA 50 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (480 cada 30 d<Chr85>as)
SUSTIVA 600 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
SYLATRON 200 MCG, 300 MCG, 600 MCG SUBCUTANEOUS KIT ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (2 cada 28 d<Chr85>as)
SYLATRON 200 MCG, 300 MCG 4-PACK ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (2 cada 28 d<Chr85>as)
SYNAGIS 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
SYNERCID 500 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
TAMIFLU 30 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (112 cada 365 d<Chr85>as)
TAMIFLU 45 MG, 75 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (56 cada 365 d<Chr85>as)
TAMIFLU 6 MG/ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (720 cada 365 d<Chr85>as)
TEFLARO 400 MG, 600 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
terbinafine hcl 250 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (90 cada 365 d<Chr85>as)
tetracycline 250 mg, 500 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
tinidazole 250 mg, 500 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
TIVICAY 10 MG, 25 MG, 50 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
TOBI PODHALER 28 MG, 28 MG CAPSULE WITH INHALATION DEVICE; TOBI PODHALER 28 MG, 28 MG CAPSULES FOR INHALATION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (224 cada 28 d<Chr85>as)
tobramycin 10 mg/ml, 40 mg/ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
TRECTOR 250 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
trimethoprim 100 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
TRIUMEQ 600 MG-50 MG-300 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
TRUVADA 100 MG-150 MG TABLET; TRUVADA 133 MG-200 MG TABLET; TRUVADA 167 MG-250 MG TABLET; TRUVADA 200 MG-300 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
TYGACIL 50 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
TYZEKA 600 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
valacyclovir hcl 1 gram, 500 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
VALCYTE 50 MG/ML ORAL SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
valganciclovir 450 mg tablet; valganciclovir hcl 50 mg/ml ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
vancomycin 1 gm vial; vancomycin 1,000 mg, 10 gram, 500 mg vial; vancomycin hcl 10 gm vial; vancomycin hcl 125 mg, 250 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
VIDEX 2 GRAM PEDIATRIC 10 MG/ML (FINAL CONC.) ORAL SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (1200 cada 30 d<Chr85>as)
VIDEX 4 GRAM PEDIATRIC 10 MG/ML (FINAL CONC.) ORAL SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (1200 cada 30 d<Chr85>as)
VIRACEPT 250 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (300 cada 30 d<Chr85>as)
VIRACEPT 625 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
VIRAMUNE XR 100 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
VIRAZOLE 6 GRAM SOLUTION FOR INHALATION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
VIREAD 150 MG, 200 MG, 250 MG, 300 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
VIREAD 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM) ORAL POWDER ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (240 cada 30 d<Chr85>as)
VITEKTA 150 MG, 85 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
voriconazole 200 mg vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
voriconazole 200 mg, 50 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
voriconazole 40 mg/ml susp ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (400 cada 30 d<Chr85>as)
XIFAXAN 200 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (9 cada 30 d<Chr85>as)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
XIFAXAN 550 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (84 cada 28 d<Chr85>as)
ZERBAXA 1.5 GRAM INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
ZIAGEN 20 MG/ML ORAL SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (960 cada 30 d<Chr85>as)
zidovudine 100 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (180 cada 30 d<Chr85>as)
zidovudine 300 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
zidovudine 50 mg/5 ml syrup ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (1680 cada 28 d<Chr85>as)
ZYVOX 100 MG/5 ML ORAL SUSPENSION; ZYVOX 600 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	

MEDICAMENTOS ANTIHISTAMÍNICOS - Medicamentos utilizados para tratar alergias

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
clemastine 0.5 mg/5 ml syrup; clemastine fum 2.68 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
cyproheptadine 2 mg/5 ml syrup; cyproheptadine 4 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
diphenhydramine 12.5 mg/5 ml; diphenhydramine 50 mg/ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
levocetirizine 5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
promethazine 12.5 mg, 25 mg, 50 mg tablet; promethazine 6.25 mg/5 ml syrp ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
promethegan 12.5 mg, 25 mg, 50 mg rectal suppository ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	

AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS - Medicamentos utilizados para tratar cáncer

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
ABRAXANE 100 MG INTRAVENOUS SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
AFINITOR 10 MG, 2.5 MG, 5 MG, 7.5 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
AFINITOR DISPERZ 2 MG, 3 MG, 5 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
ALECENSA 150 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (240 cada 30 d<Chr85>as)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
ALIMTA 100 MG, 500 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
ALKERAN 2 MG TABLET; ALKERAN 50 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
<i>anastrozole 1 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
ARRANON 250 MG/50 ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
ARZERRA 1,000 MG/50 ML, 100 MG/5 ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (400 cada 28 d<Chr85>as)
AVASTIN 25 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
<i>azacitidine 100 mg vial</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	AP
BELEODAQ 500 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
BENDEKA 25 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
<i>bexarotene 75 mg capsule</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (300 cada 30 d<Chr85>as)
<i>bicalutamide 50 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
BICNU 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
<i>bleomycin sulfate 15 unit, 30 unit vial</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
BOSULIF 100 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
BOSULIF 500 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
BUSULFEX 60 MG/10 ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
CABOMETYX 20 MG, 40 MG, 60 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
CAMPATH 30 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (12 cada 28 d<Chr85>as)
CAPRELSA 100 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
CAPRELSA 300 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
<i>carboplatin 50 mg/5 ml vial</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
<i>cisplatin 50 mg/50 ml vial</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
<i>cladribine 10 mg/10 ml vial</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
CLOLAR 20 MG/20 ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
COMETRIQ 100 MG/DAY (80 MG X 1-20 MG X 1) CAPSULES ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (56 cada 28 d<Chr85>as)
COMETRIQ 140 MG/DAY (80 MG X 1-20 MG X 3) CAPSULES ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (112 cada 28 d<Chr85>as)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
COMETRIQ 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY) CAPSULES ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (84 cada 28 d<Chr85>as)
COSMEGEN 0.5 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
COTELLIC 20 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (63 cada 28 d<Chr85>as)
cyclophosphamide 1 gm vial; cyclophosphamide 1 gram, 2 gram, 500 mg vial; cyclophosphamide 2 gm vial; cyclophosphamide 25 mg, 50 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
CYRAMZA 10 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (200 cada 28 d<Chr85>as)
cytarabine 20 mg/ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
cytarabine 100 mg/5 ml (20 mg/ml), 2 gram/20 ml (100 mg/ml), 20 mg/ml vial; cytarabine 100 mg/5 ml vial; cytarabine 2 g/20 ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
dacarbazine 100 mg, 200 mg vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
DARZALEX 20 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (400 cada 30 d<Chr85>as)
daunorubicin 20 mg/4 ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
DAUNOXOME 50 MG (2 MG/ML) VIAL ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
decitabine 50 mg vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	AP
DOCEFREZ 20 MG, 80 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
docetaxel 140 mg/7 ml vial; docetaxel 160 mg/16 ml vial; docetaxel 160 mg/8 ml vial; docetaxel 20 mg/2 ml vial; docetaxel 20 mg/ml vial; docetaxel 80 mg/4 ml vial; docetaxel 80 mg/8 ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
docetaxel 200 mg/20 ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
doxorubicin 10 mg, 10 mg/5 ml, 2 mg/ml, 20 mg/10 ml, 50 mg, 50 mg/25 ml vial; doxorubicin 150 mg/75 ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
doxorubicin liposome 20mg/10ml ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
DROXIA 200 MG, 300 MG, 400 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
EMCYT 140 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
EMPLICITI 300 MG, 400 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
epirubicin 200 mg, 200 mg/100 ml, 50 mg, 50 mg/25 ml vial; epirubicin hcl 200 mg, 200 mg/100 ml, 50 mg, 50 mg/25 ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
ERBITUX 100 MG/50 ML, 200 MG/100 ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
ERIVEDGE 150 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (28 cada 28 d<Chr85>as)
ERWINAZE 10,000 UNIT SOLUTION FOR INJECTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 28 d<Chr85>as)
ETOPOPHOS 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>etoposide 100 mg/5 ml vial</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
EVOMELA 50 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
<i>exemestane 25 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
FARESTON 60 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
FARYDAK 10 MG, 15 MG, 20 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (6 cada 21 d<Chr85>as)
FASLODEX 250 MG/5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
FIRMAGON 120 MG, 80 MG VIAL; FIRMAGON 2 X 120 MG, 80 MG VIALS ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
FIRMAGON KIT WITH DILUENT SYRINGE 120 MG, 80 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
<i>fludarabine 50 mg, 50 mg/2 ml vial</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
<i>fluorouracil 1 gram/20 ml, 2.5 gram/50 ml, 5 gram/100 ml, 500 mg/10 ml vial; fluorouracil 1,000 mg/20 ml vl; fluorouracil 2,500 mg/50 ml vl; fluorouracil 5,000 mg/100 ml</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
<i>flutamide 125 mg capsule</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
FOLOTYN 20 MG/ML (1 ML), 40 MG/2 ML (20 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
GAZYVA 1,000 MG/40 ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 28 d<Chr85>as)
<i>gemcitabine 1 gram/26.3 ml vl; gemcitabine 2 gram/52.6 ml vl; gemcitabine 200 mg/5.26 ml vl; gemcitabine hcl 1 gram, 1 gram/26.3 ml (38 mg/ml), 2 gram, 2 gram/52.6 ml (38 mg/ml), 200 mg, 200 mg/5.26 ml (38 mg/ml) vial</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
GILOTRIF 20 MG, 30 MG, 40 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
GLEEVEC 100 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (180 cada 30 d<Chr85>as)
GLEEVEC 400 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
GLEOSTINE 10 MG, 100 MG, 40 MG, 5 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
HALAVEN 1 MG/2 ML (0.5 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
HERCEPTIN 440 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
HEXALEN 50 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
HYCAMTIN 4 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
<i>hydroxyurea 500 mg capsule</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
IBRANCE 100 MG, 125 MG, 75 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (21 cada 28 d<Chr85>as)
ICLUSIG 15 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
ICLUSIG 45 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
IDAMYCIN PFS 1 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
idarubicin hcl 20 mg/20 ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
ifosfamide 1 gm vial; ifosfamide 1 gm/20 ml vial; ifosfamide 3 gm vial; ifosfamide 3 gm/ 60 ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
ifosfamide-mesna kit ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
IMBRUVICA 140 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
IMLYGIC 10EXP6 (1 MILLION) PFU/ML SUSPENSION FOR INJECTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (4 cada 365 d<Chr85>as)
IMLYGIC 10EXP8 (100 MILLION) PFU/ML SUSPENSION FOR INJECTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (8 cada 28 d<Chr85>as)
INLYTA 1 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (180 cada 30 d<Chr85>as)
INLYTA 5 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
IRESSA 250 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
irinotecan hcl 100 mg/5 ml, 40 mg/2 ml, 500 mg/25 ml vial; irinotecan hcl 100 mg/5 ml, 40 mg/2 ml, 500 mg/25 ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
ISTODAX 10 MG/2 ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
IXEMPRA 15 MG, 45 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
JAKAFI 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
JEVTANA 10 MG/ML (FIRST DILUTION) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
KADCYLA 100 MG, 160 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
KEYTRUDA 100 MG/4 ML (25 MG/ML), 50 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
LENVIMA 10 MG/DAY (10 MG X 1/DAY) CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
LENVIMA 14 MG/DAY(10 MG X 1-4 MG X 1), 20 MG/DAY (10 MG X 2), 8 MG/DAY (4 MG X 2) CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
LENVIMA 18 MG/DAY (10 MG X 1 AND 4 MG X 2) CAPSULE; LENVIMA 24 MG PER DAY (10 MG X 2 AND 4 MG X 1) CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (90 cada 30 d<Chr85>as)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
letrozole 2.5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
LEUKERAN 2 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
leuprolide 1 mg/0.2 ml vial; leuprolide 2wk 14 mg/2.8 ml kt ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	AP
lomustine 10 mg, 100 mg, 40 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
LONSURF 15 MG-6.14 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (100 cada 30 d<Chr85>as)
LONSURF 20 MG-8.19 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (80 cada 30 d<Chr85>as)
LUPRON DEPOT 3.75 MG, 7.5 MG INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (1 cada 30 d<Chr85>as)
LUPRON DEPOT (3 MONTH) 11.25 MG, 22.5 MG INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (1 cada 90 d<Chr85>as)
LUPRON DEPOT 30 MG (4 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (1 cada 112 d<Chr85>as)
LUPRON DEPOT (6 MONTH) 45 MG INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (1 cada 168 d<Chr85>as)
LUPRON DEPOT-PED 11.25 MG, 15 MG, 7.5 MG (PED) INTRAMUSCULAR KIT ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (1 cada 28 d<Chr85>as)
LUPRON DEPOT-PED 11.25 MG, 30 MG (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (1 cada 90 d<Chr85>as)
LYNPARZA 50 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (448 cada 28 d<Chr85>as)
LYSODREN 500 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
MARQIBO 5 MG/31 ML (0.16 MG/ML) (FINAL CONC.) INTRAVENOUS KIT ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
MATULANE 50 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
megestrol 20 mg, 40 mg tablet; megestrol acet 40 mg/ml susp; megestrol acet 400 mg/10 ml ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
MEKINIST 0.5 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
MEKINIST 2 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
melphalan 50 mg vial w-diluent ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
mercaptopurine 50 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
methotrexate 2.5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
methotrexate 50 mg/2 ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
methotrexate 1 gm vial; methotrexate 50 mg/2 ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
mitomycin 20 mg, 40 mg, 5 mg vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
mitoxantrone 25 mg/12.5 ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
MUSTARGEN 10 MG SOLUTION FOR INJECTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
NEXAVAR 200 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
NILANDRON 150 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
nilutamide 150 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
NINLARO 2.3 MG, 3 MG, 4 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (3 cada 28 d<Chr85>as)
ODOMZO 200 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
ONCASPAR 750 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
OPDIVO 100 MG/10 ML, 40 MG/4 ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (80 cada 28 d<Chr85>as)
oxaliplatin 100 mg, 100 mg/20 ml, 50 mg, 50 mg/10 ml (5 mg/ml) vial; oxaliplatin 50 mg/10 ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
paclitaxel 100 mg/16.7 ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
PERJETA 420 MG/14 ML (30 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
POMALYST 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (21 cada 28 d<Chr85>as)
PORTRAZZA 800 MG/50 ML (16 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (100 cada 21 d<Chr85>as)
PROLEUKIN 22 MILLION UNIT INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
PURIXAN 20 MG/ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (300 cada 30 d<Chr85>as)
REVLIMID 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (28 cada 28 d<Chr85>as)
RHEUMATREX 2.5 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
RITUXAN 10 MG/ML CONCENTRATE,INTRAVENOUS ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
SOLTAMOX 10 MG/5 ML ORAL SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
SPRYCEL 100 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
SPRYCEL 140 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
SPRYCEL 20 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (90 cada 30 d<Chr85>as)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
STIVARGA 40 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (84 cada 28 d<Chr85>as)
SUTENT 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG, 50 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (28 cada 28 d<Chr85>as)
SYLVANT 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (65 cada 30 d<Chr85>as)
SYLVANT 400 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (80 cada 30 d<Chr85>as)
SYNRIBO 3.5 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (28 cada 28 d<Chr85>as)
TABLOID 40 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
TAFINLAR 50 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (180 cada 30 d<Chr85>as)
TAFINLAR 75 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
TAGRISSO 40 MG, 80 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
<i>tamoxifen 10 mg, 20 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
TARCEVA 100 MG, 150 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
TARCEVA 25 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
TARGRETIN 75 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (300 cada 30 d<Chr85>as)
TASIGNA 150 MG, 200 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
TAXOTERE 80 MG/4 ML (20 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
TECENTRIQ 1,200 MG/20 ML (60 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (20 cada 21 d<Chr85>as)
TEMODAR 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (27 cada 30 d<Chr85>as)
<i>thiotepa 15 mg vial</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
<i>toposar 20 mg/ml intravenous solution</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
<i>topotecan hcl 4 mg, 4 mg/4 ml (1 mg/ml) vial; topotecan hcl 4 mg/4 ml vial</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
TORISEL 30 MG/3 ML (10 MG/ML) (FIRST DILUTION) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (8 cada 28 d<Chr85>as)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
TREANDA 100 MG, 180 MG/2 ML, 25 MG, 45 MG/0.5 ML INTRAVENOUS POWDER FOR SOLUTION; TREANDA 100 MG, 180 MG/2 ML, 25 MG, 45 MG/0.5 ML VIAL ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
TRELSTAR 11.25 MG/2 ML, 22.5 MG/2 ML, 3.75 MG/2 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE; TRELSTAR 22.5 MG INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
TRELSTAR DEPOT 3.75 MG INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
TRELSTAR LA 11.25 MG INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
<i>tretinoin 10 mg capsule</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
TREXALL 10 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
TRISENOX 10 MG/10 ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
TYKERB 250 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (150 cada 30 d<Chr85>as)
UNITUXIN 3.5 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (40 cada 30 d<Chr85>as)
VECTIBIX 100 MG/5 ML (20 MG/ML), 400 MG/20 ML (20 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
VELCADE 3.5 MG SOLUTION FOR INJECTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (14 cada 21 d<Chr85>as)
VENCLEXTA 10 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (28 cada 28 d<Chr85>as)
VENCLEXTA 100 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
VENCLEXTA 50 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (14 cada 28 d<Chr85>as)
VENCLEXTA STARTING PACK 10 MG-50 MG-100 MG TABLETS IN A DOSE PACK ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (42 cada 28 d<Chr85>as)
<i>vinblastine 1 mg/ml vial</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
<i>vincasar pfs 1 mg/ml, 2 mg/2 ml intravenous solution</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
<i>vincristine 1 mg/ml, 2 mg/2 ml vial</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
<i>vinorelbine 10 mg/ml, 50 mg/5 ml vial</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
VOTRIENT 200 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
XALKORI 200 MG, 250 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
XTANDI 40 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
YERVOY 200 MG/40 ML (5 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (40 cada 21 d<Chr85>as)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
YERVOY 50 MG/10 ML (5 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (70 cada 21 d<Chr85>as)
YONDELIS 1 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
ZALTRAP 100 MG/4 ML (25 MG/ML), 200 MG/8 ML (25 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (40 cada 28 d<Chr85>as)
ZANOSAR 1 GRAM INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
ZELBORAF 240 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (240 cada 30 d<Chr85>as)
ZOLINZA 100 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
ZYDELIG 100 MG, 150 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
ZYKADIA 150 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (150 cada 30 d<Chr85>as)
ZYTIGA 250 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 d<Chr85>as)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
ACTHIB (PF) 10 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
ADACEL (TDAP ADOLESN/ADULT)(PF)2 LF-(2.5-5-3-5)-5 LF/0.5 ML IM SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
ADACEL (TDAP ADOLESN/ADULT)(PF)2LF-(2.5-5-3-5MCG)-5 LF/0.5 ML IM SUSP ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
AMICAR 1,000 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
AMICAR 250 MG/ML (25 %) ORAL SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
AMICAR 500 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
<i>anagrelide hcl 0.5 mg capsule</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>anagrelide hcl 1 mg capsule</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>argatroban 250 mg/2.5 ml vial</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>bcg vaccine (tice strain) vial</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
BEXSERO (PF) 50MCG-50MCG-50MCG-25MCG/0.5ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
BOOSTRIX TDAP 2.5 LF UNIT-8 MCG-5 LF/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
BOOSTRIX TDAP 2.5 LF UNIT-8 MCG-5 LF/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
BRILINTA 60 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
BRILINTA 90 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
CERVARIX VACCINE (PF) 20 MCG-20 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
<i>cilostazol 100 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>cilostazol 50 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>clopidogrel 300 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (1 cada 30 d<Chr85>as)
<i>clopidogrel 75 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
COMVAX VACCINE VIAL ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
COUMADIN 1 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
COUMADIN 10 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
COUMADIN 2 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
COUMADIN 2.5 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
COUMADIN 3 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
COUMADIN 4 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
COUMADIN 5 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
COUMADIN 6 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
COUMADIN 7.5 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
CYKLOKAPRON 1,000 MG/10 ML (100 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) 15 LF UNIT-10 MCG-5 LF/0.5 ML IM SUSP ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
EFFIENT 10 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
EFFIENT 5 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
ELIQUIS 2.5 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
ELIQUIS 5 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (74 cada 30 d<Chr85>as)
ENGERIX-B (PF) 20 MCG/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
ENGERIX-B (PF) 20 MCG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) 10 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) 10 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
enoxaparin 100 mg/ml syringe ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (28 cada 28 d<Chr85>as)
enoxaparin 120 mg/0.8 ml syr ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (22.4 cada 28 d<Chr85>as)
enoxaparin 150 mg/ml syringe ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (28 cada 28 d<Chr85>as)
enoxaparin 30 mg/0.3 ml syr ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (16.8 cada 28 d<Chr85>as)
enoxaparin 300 mg/3 ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (84 cada 28 d<Chr85>as)
enoxaparin 40 mg/0.4 ml syr ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (11.2 cada 28 d<Chr85>as)
enoxaparin 60 mg/0.6 ml syr ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (16.8 cada 28 d<Chr85>as)
enoxaparin 80 mg/0.8 ml syr ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (22.4 cada 28 d<Chr85>as)
EPOGEN 10,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (14 cada 30 d<Chr85>as)
EPOGEN 2,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (14 cada 30 d<Chr85>as)
EPOGEN 20,000 UNIT/2 ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (28 cada 30 d<Chr85>as)
EPOGEN 20,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (14 cada 30 d<Chr85>as)
EPOGEN 3,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (14 cada 30 d<Chr85>as)
EPOGEN 4,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (14 cada 30 d<Chr85>as)
fondaparinux 10 mg/0.8 ml syr ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (24 cada 30 d<Chr85>as)
fondaparinux 2.5 mg/0.5 ml syr ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (15 cada 30 d<Chr85>as)
fondaparinux 5 mg/0.4 ml syr ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (12 cada 30 d<Chr85>as)
fondaparinux 7.5 mg/0.6 ml syr ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (18 cada 30 d<Chr85>as)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
FRAGMIN 10,000 ANTI-XA UNIT/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
FRAGMIN 12,500 ANTI-XA UNIT/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (15 cada 30 d<Chr85>as)
FRAGMIN 15,000 ANTI-XA UNIT/0.6 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (18 cada 30 d<Chr85>as)
FRAGMIN 18,000 ANTI-XA UNIT/0.72 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (21.6 cada 30 d<Chr85>as)
FRAGMIN 2,500 ANTI-XA UNIT/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (6 cada 30 d<Chr85>as)
FRAGMIN 25,000 ANTI-XA UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (22.8 cada 30 d<Chr85>as)
FRAGMIN 5,000 ANTI-XA UNIT/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (6 cada 30 d<Chr85>as)
FRAGMIN 7,500 ANTI-XA UNIT/0.3 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (9 cada 30 d<Chr85>as)
GAMMAGARD LIQUID 10 % INJECTION SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
GAMMAGARD S-D (IGA < 1 MCG/ML) 10 GRAM INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
GAMMAGARD S-D (IGA < 1 MCG/ML) 5 GRAM INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
GARDASIL (PF) 20MCG-40MCG-40MCG-20MCG/0.5ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (1.5 cada 365 d<Chr85>as)
GARDASIL (PF) 20MCG-40MCG-40MCG-20MCG/0.5ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (1.5 cada 365 d<Chr85>as)
GARDASIL 9 (PF) 0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (1.5 cada 365 d<Chr85>as)
GARDASIL 9 (PF) 0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (1.5 cada 365 d<Chr85>as)
GRANIX 300 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (7 cada 28 d<Chr85>as)
GRANIX 480 MCG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (11.2 cada 28 d<Chr85>as)
HAVRIX (PF) 1,440 ELISA UNIT/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
HAVRIX (PF) 1,440 ELISA UNIT/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
HAVRIX (PF) 720 ELISA UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
HAVRIX (PF) 720 ELISA UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
heparin 40,000 units/4 ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
heparin sod 1,000 unit/ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
heparin sod 20,000 unit/ml vl ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
heparin sod 5,000 unit/ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
heparin 20,000 unit/500 ml-d5w ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
heparin-ns 2,000 unit/1,000 ml ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
heparin-1/2ns 25,000 units/250 ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
heparin-1/2ns 25,000 units/500 ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
HIBERIX (PF) 10 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
HYPERRAB S/D (PF) 150 UNIT/ML INTRAMUSCULAR SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
IMOGAM RABIES-HT (PF) 150 UNIT/ML INTRAMUSCULAR SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) 2.5 UNIT INTRAMUSCULAR SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
INFANRIX (DTAP) (PF) 25 LF UNIT-58 MCG-10 LF/0.5ML INTRAMUSCULAR SUSP ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
INFANRIX (DTAP)(PF) 25 LF UNIT-58MCG-10 LF/0.5ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
IPOL 40 UNIT-8 UNIT-32 UNIT/0.5 ML SUSPENSION FOR INJECTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
IXIARO (PF) 6 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
jantoven 1 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
jantoven 10 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
jantoven 2 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
jantoven 2.5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
jantoven 3 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
jantoven 4 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
jantoven 5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
jantoven 6 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
jantoven 7.5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
KINRIX (PF) 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
KINRIX (PF) 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
LEUKINE 250 MCG SOLUTION FOR INJECTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
M-M-R II (PF) 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
MENACTRA (PF) 4 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
MENHIBRIX (PF) 5 MCG-2.5 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
MENOMUNE - A/C/Y/W-135 50 MCG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
MENOMUNE - A/C/Y/W-135 (PF) 50 MCG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 10 MCG-5 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR KIT ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
MENVEO MENA COMPONENT (PF) 10 MCG/0.5 ML (FINAL) IM SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	
MENVEO MENCYW-135 COMPONENT (PF) 5 MCG X 3/0.5 ML (FINAL) IM SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	
MOZOBIL 24 MG/1.2 ML (20 MG/ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (9.6 cada 30 d<Chr85>as)
NEULASTA 6 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE EC	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (1.2 cada 28 d<Chr85>as)
NEULASTA 6 MG/0.6 ML WITH WEARABLE SUBCUTANEOUS INJECTOR EC	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (1.2 cada 28 d<Chr85>as)
NEUMEGA 5 MG VIAL EC	\$0 (Nivel 2)	LC (42 cada 30 d<Chr85>as)
NEUPOGEN 300 MCG/0.5 ML INJECTION SYRINGE EC	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (7 cada 30 d<Chr85>as)
NEUPOGEN 300 MCG/ML INJECTION SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (14 cada 30 d<Chr85>as)
NEUPOGEN 480 MCG/0.8 ML INJECTION SYRINGE EC	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (11.2 cada 30 d<Chr85>as)
NEUPOGEN 480 MCG/1.6 ML INJECTION SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (22.4 cada 30 d<Chr85>as)
PEDIARIX (PF) 10 MCG-25 LF-25 MCG-10 LF/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE EC	\$0 (Nivel 2)	
PEDVAX HIB (PF) 7.5 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	
PENTACEL (PF) 15 LF UNIT-20 MCG-5 LF /0.5 ML INTRAMUSCULAR KIT EC	\$0 (Nivel 2)	
<i>pentoxifylline er 400 mg tab</i> EC	\$0 (Nivel 1)	
PRADAXA 110 MG CAPSULE EC	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
PRADAXA 150 MG CAPSULE EC	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
PRADAXA 75 MG CAPSULE EC	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
PRIVIGEN 10 % INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	AP
PROCRT 10,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (14 cada 30 d<Chr85>as)
PROCRT 2,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (14 cada 30 d<Chr85>as)
PROCRT 20,000 UNIT/2 ML INJECTION SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (28 cada 30 d<Chr85>as)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
PROCRIT 20,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (14 cada 30 d<Chr85>as)
PROCRIT 3,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (14 cada 30 d<Chr85>as)
PROCRIT 4,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (14 cada 30 d<Chr85>as)
PROCRIT 40,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (14 cada 30 d<Chr85>as)
PROMACTA 12.5 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
PROMACTA 25 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
PROMACTA 50 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
PROMACTA 75 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
PROQUAD (PF) 10EXP3-4.3-3-3.99TCID50/0.5ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
QUADRACEL (PF) 15 LF-48 MCG-5 LF UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
RABAVERT (PF) 2.5 UNIT INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
RECOMBIVAX HB (PF) 40 MCG/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
RECOMBIVAX HB (PF) 5 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
RECOMBIVAX HB (PF) 5 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
ROTARIX 10EXP6 CCID50/ML SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
ROTATEQ VACCINE 2 ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
TENIVAC (PF) 5 LF UNIT-2 LF UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
TENIVAC (PF) 5 LF UNIT-2 LF UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
tetanus toxoid adsorbed vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
diphtheria-tetanus toxoids-ped ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
tetanus diphtheria toxoids ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ticlopidine 250 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
tranexamic acid 1,000 mg/10 ml ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	AP
tranexamic acid 650 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 5 d<Chr85>as)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
TRUMENBA 120 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
TWINRIX (PF) 720 ELISA UNIT-20 MCG/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
TWINRIX (PF) 720 ELISA UNIT-20 MCG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
TYPHIM VI 25 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
TYPHIM VI 25 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
VAQTA (PF) 25 UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
VAQTA (PF) 25 UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
VAQTA (PF) 50 UNIT/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
VAQTA (PF) 50 UNIT/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
VARIVAX (PF) 1,350 UNIT/0.5 ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
VARIZIG 125 UNIT INTRAMUSCULAR POWDER FOR SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (10 cada 30 d<Chr85>as)
VARIZIG 125 UNIT/1.2 ML VIAL ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (12 cada 30 d<Chr85>as)
warfarin sodium 1 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
warfarin sodium 10 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
warfarin sodium 2 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
warfarin sodium 2.5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
warfarin sodium 3 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
warfarin sodium 4 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
warfarin sodium 5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
warfarin sodium 6 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
warfarin sodium 7.5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
WINRHO SDF 1,500 UNIT/1.3 ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
WINRHO SDF 15,000 UNIT/13 ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
WINRHO SDF 2,500 UNIT/2.2 ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
WINRHO SDF 5,000 UNIT/4.4 ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
XARELTO 10 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (35 cada 60 d<Chr85>as)
XARELTO 15 MG (42)-20 MG (9) TABLETS IN A DOSE PACK ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (51 cada 30 d<Chr85>as)
XARELTO 15 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
XARELTO 20 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
YF-VAX (PF) 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
ZARXIO 300 MCG/0.5 ML INJECTION SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (7 cada 30 d<Chr85>as)
ZARXIO 480 MCG/0.8 ML INJECTION SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (11.2 cada 30 d<Chr85>as)
ZONTIVITY 2.08 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
ZOSTAVAX (PF) 19,400 UNIT/0.65 ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (0.65 cada 365 d<Chr85>as)

MEDICAMENTOS AUTONÓMICOS - Medicamentos utilizados para tratar trastornos autoinmunitarios

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
albuterol 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg /3 ml (0.083 %), 2.5 mg/0.5 ml, 5 mg/ml sol; albuterol 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg /3 ml (0.083 %), 2.5 mg/0.5 ml, 5 mg/ml solution; albuterol sul 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg /3 ml (0.083 %), 2.5 mg/0.5 ml, 5 mg/ml sol; albuterol sul 2.5 mg/3 ml soln ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
albuterol sulf 2 mg/5 ml syrup; albuterol sulfate 2 mg, 4 mg tab; albuterol sulfate er 4 mg, 8 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
alfuzosin hcl er 10 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
atropine 0.05 mg/ml, 0.1 mg/ml abboject; atropine 0.05 mg/ml, 0.1 mg/ml syringe ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ATROVENT HFA 17 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
baclofen 10 mg, 20 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
bethanechol 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
BROVANA 15 MCG/2 ML SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
carisoprodol 350 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
CHANTIX 0.5 MG, 1 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (56 cada 28 d<Chr85>as)
CHANTIX CONTINUING MONTH BOX 1 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (56 cada 28 d<Chr85>as)
CHANTIX STARTING MONTH BOX 0.5 MG (11)-1 MG (42) TABLETS IN DOSE PACK ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (56 cada 28 d<Chr85>as)
cyclobenzaprine 10 mg, 5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
dantrolene sodium 100 mg, 25 mg, 50 mg cap ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
dicyclomine 10 mg capsule; dicyclomine 10 mg/5 ml soln; dicyclomine 20 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
dihydroergotamine 1 mg/ml am ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
donepezil hcl 10 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
donepezil hcl 10 mg, 5 mg, 5 mg tablet; donepezil hcl odt 10 mg, 5 mg, 5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
epinephrine 0.1 mg/ml syringe ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
EPIPEN 0.3 MG/0.3 ML INJECTION, AUTO-INJECTOR ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
EPIPEN 2-PAK 0.3 MG/0.3 ML INJECTION, AUTO-INJECTOR ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
EPIPEN JR 2-PAK 0.15 MG/0.3 ML INJECTION,AUTO-INJECTOR ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
ERGOMAR 2 MG SUBLINGUAL TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
EXELON PATCH 13.3 MG/24 HOUR, 4.6 MG/24 HR, 9.5 MG/24 HR TRANSDERMAL ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
FORADIL AEROLIZER 12 MCG CAPSULE WITH INHALATION DEVICE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
galantamine 4 mg/ml oral soln ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (200 cada 30 d<Chr85>as)
galantamine er 16 mg, 24 mg, 8 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
galantamine hbr 12 mg, 4 mg, 8 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
glycopyrrolate 0.2 mg/ml vial; glycopyrrolate 1 mg, 2 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
guanidine hcl 125 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ipratropium br 0.02% soln ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
iprat-albut 0.5-3(2.5) mg/3 ml ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
metaproterenol 10 mg, 20 mg tablet; metaproterenol 10 mg/5 ml syr ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
metaxalone 400 mg, 800 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
methocarbamol 500 mg, 750 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
midodrine hcl 10 mg, 2.5 mg, 5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
NICOTROL NS 10 MG/ML NASAL SPRAY ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
NORTHERA 100 MG, 200 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
NORTHERA 300 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (180 cada 30 d<Chr85>as)
orphenadrine er 100 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
PERFOROMIST 20 MCG/2 ML SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
<i>pilocarpine hcl 5 mg, 7.5 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>propantheline 15 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>pyridostigmine br 60 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>rivastigmine 1.5 mg, 3 mg capsule</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
<i>rivastigmine 4.5 mg, 6 mg capsule</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
SPIRIVA RESPIMAT 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION SOLUTION FOR INHALATION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
SPIRIVA WITH HANDIHALER 18 MCG AND INHALATION CAPSULES ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
STIOLTO RESPIMAT 2.5 MCG-2.5 MCG/ACTUATION SOLUTION FOR INHALATION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
STRIVERDI RESPIMAT 2.5 MCG/ACTUATION SOLUTION FOR INHALATION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (4 cada 30 d<Chr85>as)
<i>tamsulosin hcl 0.4 mg capsule</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
<i>terbutaline sulf 1 mg/ml vial; terbutaline sulfate 2.5 mg, 5 mg tab</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>tizanidine hcl 2 mg, 4 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
VENTOLIN HFA 90 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (36 cada 30 d<Chr85>as)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
ACTHIB (PF) 10 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
ADACEL (TDAP ADOLESN/ADULT)(PF)2 LF-(2.5-5-3-5)-5 LF/0.5 ML IM SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
ADACEL (TDAP ADOLESN/ADULT)(PF)2LF-(2.5-5-3-5MCG)-5 LF/0.5 ML IM SUSP ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
AMICAR 1,000 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
AMICAR 250 MG/ML (25 %) ORAL SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
AMICAR 500 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
<i>anagrelide hcl 0.5 mg capsule</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>anagrelide hcl 1 mg capsule</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
argatroban 250 mg/2.5 ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
bcg vaccine (tice strain) vial ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
BEXSERO (PF) 50MCG-50MCG-50MCG-25MCG/0.5ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
BOOSTRIX TDAP 2.5 LF UNIT-8 MCG-5 LF/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
BOOSTRIX TDAP 2.5 LF UNIT-8 MCG-5 LF/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
BRILINTA 60 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
BRILINTA 90 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
CERVARIX VACCINE (PF) 20 MCG-20 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
cilostazol 100 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
cilostazol 50 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
clopidogrel 300 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (1 cada 30 d<Chr85>as)
clopidogrel 75 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
COMVAX VACCINE VIAL ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
COUMADIN 1 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
COUMADIN 10 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
COUMADIN 2 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
COUMADIN 2.5 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
COUMADIN 3 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
COUMADIN 4 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
COUMADIN 5 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
COUMADIN 6 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
COUMADIN 7.5 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
CYKLOKAPRON 1,000 MG/10 ML (100 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) 15 LF UNIT-10 MCG-5 LF/0.5 ML IM SUSP ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
EFFIENT 10 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
EFFIENT 5 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
ELIQUIS 2.5 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
ELIQUIS 5 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (74 cada 30 d<Chr85>as)
ENGERIX-B (PF) 20 MCG/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
ENGERIX-B (PF) 20 MCG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) 10 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) 10 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
enoxaparin 100 mg/ml syringe ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (28 cada 28 d<Chr85>as)
enoxaparin 120 mg/0.8 ml syr ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (22.4 cada 28 d<Chr85>as)
enoxaparin 150 mg/ml syringe ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (28 cada 28 d<Chr85>as)
enoxaparin 30 mg/0.3 ml syr ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (16.8 cada 28 d<Chr85>as)
enoxaparin 300 mg/3 ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (84 cada 28 d<Chr85>as)
enoxaparin 40 mg/0.4 ml syr ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (11.2 cada 28 d<Chr85>as)
enoxaparin 60 mg/0.6 ml syr ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (16.8 cada 28 d<Chr85>as)
enoxaparin 80 mg/0.8 ml syr ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (22.4 cada 28 d<Chr85>as)
EPOGEN 10,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (14 cada 30 d<Chr85>as)
EPOGEN 2,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (14 cada 30 d<Chr85>as)
EPOGEN 20,000 UNIT/2 ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (28 cada 30 d<Chr85>as)
EPOGEN 20,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (14 cada 30 d<Chr85>as)
EPOGEN 3,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (14 cada 30 d<Chr85>as)
EPOGEN 4,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (14 cada 30 d<Chr85>as)
fondaparinux 10 mg/0.8 ml syr ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (24 cada 30 d<Chr85>as)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>fondaparinux 2.5 mg/0.5 ml syr</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (15 cada 30 d<Chr85>as)
<i>fondaparinux 5 mg/0.4 ml syr</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (12 cada 30 d<Chr85>as)
<i>fondaparinux 7.5 mg/0.6 ml syr</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (18 cada 30 d<Chr85>as)
FRAGMIN 10,000 ANTI-XA UNIT/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
FRAGMIN 12,500 ANTI-XA UNIT/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (15 cada 30 d<Chr85>as)
FRAGMIN 15,000 ANTI-XA UNIT/0.6 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (18 cada 30 d<Chr85>as)
FRAGMIN 18,000 ANTI-XA UNIT/0.72 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (21.6 cada 30 d<Chr85>as)
FRAGMIN 2,500 ANTI-XA UNIT/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (6 cada 30 d<Chr85>as)
FRAGMIN 25,000 ANTI-XA UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (22.8 cada 30 d<Chr85>as)
FRAGMIN 5,000 ANTI-XA UNIT/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (6 cada 30 d<Chr85>as)
FRAGMIN 7,500 ANTI-XA UNIT/0.3 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (9 cada 30 d<Chr85>as)
GAMMAGARD LIQUID 10 % INJECTION SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
GAMMAGARD S-D (IGA < 1 MCG/ML) 10 GRAM INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
GAMMAGARD S-D (IGA < 1 MCG/ML) 5 GRAM INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
GARDASIL (PF) 20MCG-40MCG-40MCG-20MCG/0.5ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (1.5 cada 365 d<Chr85>as)
GARDASIL (PF) 20MCG-40MCG-40MCG-20MCG/0.5ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (1.5 cada 365 d<Chr85>as)
GARDASIL 9 (PF) 0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (1.5 cada 365 d<Chr85>as)
GARDASIL 9 (PF) 0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (1.5 cada 365 d<Chr85>as)
GRANIX 300 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (7 cada 28 d<Chr85>as)
GRANIX 480 MCG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (11.2 cada 28 d<Chr85>as)
HAVRIX (PF) 1,440 ELISA UNIT/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
HAVRIX (PF) 1,440 ELISA UNIT/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
HAVRIX (PF) 720 ELISA UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
HAVRIX (PF) 720 ELISA UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
heparin 40,000 units/4 ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
heparin sod 1,000 unit/ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
heparin sod 20,000 unit/ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
heparin sod 5,000 unit/ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
heparin 20,000 unit/500 ml-d5w ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
heparin-ns 2,000 unit/1,000 ml ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
heparin-1/2ns 25,000 units/250 ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
heparin-1/2ns 25,000 units/500 ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
HIBERIX (PF) 10 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
HYPERRAB S/D (PF) 150 UNIT/ML INTRAMUSCULAR SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
IMOGAM RABIES-HT (PF) 150 UNIT/ML INTRAMUSCULAR SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) 2.5 UNIT INTRAMUSCULAR SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
INFANRIX (DTAP) (PF) 25 LF UNIT-58 MCG-10 LF/0.5ML INTRAMUSCULAR SUSP ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
INFANRIX (DTAP)(PF) 25 LF UNIT-58MCG-10 LF/0.5ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
IPOLE 40 UNIT-8 UNIT-32 UNIT/0.5 ML SUSPENSION FOR INJECTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
IXIARO (PF) 6 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
jantoven 1 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
jantoven 10 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
jantoven 2 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
jantoven 2.5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
jantoven 3 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
jantoven 4 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
jantoven 5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
jantoven 6 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
jantoven 7.5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
KINRIX (PF) 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
KINRIX (PF) 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
LEUKINE 250 MCG SOLUTION FOR INJECTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
M-M-R II (PF) 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
MENACTRA (PF) 4 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
MENHIBRIX (PF) 5 MCG-2.5 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
MENOMUNE - A/C/Y/W-135 50 MCG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
MENOMUNE - A/C/Y/W-135 (PF) 50 MCG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 10 MCG-5 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR KIT ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
MENVEO MENA COMPONENT (PF) 10 MCG/0.5 ML (FINAL) IM SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
MENVEO MENCYW-135 COMPONENT (PF) 5 MCG X 3/0.5 ML (FINAL) IM SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
MOZOBIL 24 MG/1.2 ML (20 MG/ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (9.6 cada 30 d<Chr85>as)
NEULASTA 6 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (1.2 cada 28 d<Chr85>as)
NEULASTA 6 MG/0.6 ML WITH WEARABLE SUBCUTANEOUS INJECTOR ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (1.2 cada 28 d<Chr85>as)
NEUMEGA 5 MG VIAL ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (42 cada 30 d<Chr85>as)
NEUPOGEN 300 MCG/0.5 ML INJECTION SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (7 cada 30 d<Chr85>as)
NEUPOGEN 300 MCG/ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (14 cada 30 d<Chr85>as)
NEUPOGEN 480 MCG/0.8 ML INJECTION SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (11.2 cada 30 d<Chr85>as)
NEUPOGEN 480 MCG/1.6 ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (22.4 cada 30 d<Chr85>as)
PEDIARIX (PF) 10 MCG-25 LF-25 MCG-10 LF/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
PEDVAX HIB (PF) 7.5 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
PENTACEL (PF) 15 LF UNIT-20 MCG-5 LF /0.5 ML INTRAMUSCULAR KIT ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
<i>pentoxifylline er 400 mg tab</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
PRADAXA 110 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
PRADAXA 150 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
PRADAXA 75 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
PRIVIGEN 10 % INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
PROCRIT 10,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (14 cada 30 d<Chr85>as)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
PROCRIT 2,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (14 cada 30 d<Chr85>as)
PROCRIT 20,000 UNIT/2 ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (28 cada 30 d<Chr85>as)
PROCRIT 20,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (14 cada 30 d<Chr85>as)
PROCRIT 3,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (14 cada 30 d<Chr85>as)
PROCRIT 4,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (14 cada 30 d<Chr85>as)
PROCRIT 40,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (14 cada 30 d<Chr85>as)
PROMACTA 12.5 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
PROMACTA 25 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
PROMACTA 50 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
PROMACTA 75 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
PROQUAD (PF) 10EXP3-4.3-3-3.99TCID50/0.5ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
QUADRACEL (PF) 15 LF-48 MCG-5 LF UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
RABAVERT (PF) 2.5 UNIT INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
RECOMBIVAX HB (PF) 40 MCG/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
RECOMBIVAX HB (PF) 5 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
RECOMBIVAX HB (PF) 5 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
ROTARIX 10EXP6 CCID50/ML SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
ROTATEQ VACCINE 2 ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
TENIVAC (PF) 5 LF UNIT-2 LF UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
TENIVAC (PF) 5 LF UNIT-2 LF UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
tetanus toxoid adsorbed vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
diphtheria-tetanus toxoids-ped ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
tetanus diphtheria toxoids ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
ticlopidine 250 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
tranexamic acid 1,000 mg/10 ml ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	AP
tranexamic acid 650 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 5 d<Chr85>as)
TRUMENBA 120 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
TWINRIX (PF) 720 ELISA UNIT-20 MCG/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
TWINRIX (PF) 720 ELISA UNIT-20 MCG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
TYPHIM VI 25 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
TYPHIM VI 25 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
VAQTA (PF) 25 UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
VAQTA (PF) 25 UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
VAQTA (PF) 50 UNIT/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
VAQTA (PF) 50 UNIT/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
VARIVAX (PF) 1,350 UNIT/0.5 ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
VARIZIG 125 UNIT INTRAMUSCULAR POWDER FOR SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (10 cada 30 d<Chr85>as)
VARIZIG 125 UNIT/1.2 ML VIAL ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (12 cada 30 d<Chr85>as)
warfarin sodium 1 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
warfarin sodium 10 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
warfarin sodium 2 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
warfarin sodium 2.5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
warfarin sodium 3 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
warfarin sodium 4 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
warfarin sodium 5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
warfarin sodium 6 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
warfarin sodium 7.5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
WINRHO SDF 1,500 UNIT/1.3 ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
WINRHO SDF 15,000 UNIT/13 ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
WINRHO SDF 2,500 UNIT/2.2 ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
WINRHO SDF 5,000 UNIT/4.4 ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
XARELTO 10 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (35 cada 60 d<Chr85>as)
XARELTO 15 MG (42)-20 MG (9) TABLETS IN A DOSE PACK ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (51 cada 30 d<Chr85>as)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
XARELTO 15 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
XARELTO 20 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
YF-VAX (PF) 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
ZARXIO 300 MCG/0.5 ML INJECTION SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (7 cada 30 d<Chr85>as)
ZARXIO 480 MCG/0.8 ML INJECTION SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (11.2 cada 30 d<Chr85>as)
ZONTIVITY 2.08 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
ZOSTAVAX (PF) 19,400 UNIT/0.65 ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (0.65 cada 365 d<Chr85>as)

MEDICAMENTOS CARDIOVASCULARES - Medicamentos utilizados para tratar enfermedades cardíacas

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
acebutolol 200 mg, 400 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ADCIRCA 20 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
afeditab cr 30 mg, 60 mg tablet,extended release ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
AGGRENOX 25 MG-200 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
amiodarone 150 mg/3 ml syringe; amiodarone 900 mg/18 ml vial; amiodarone hcl 100 mg, 200 mg, 400 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
amlodipine besylate 10 mg, 2.5 mg, 5 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
amlodipine-atorvast 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg, 2.5-10 mg, 2.5-20 mg, 2.5-40 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg, 5-80 mg ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
amlodipine-benazepril 10-20 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg; amlodipine-benazepril 2.5-10 ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
amlodipine-benazepril 10-40 mg, 5-40 mg ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
aspirin-dipyridam er 25-200 mg ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
atenolol 100 mg, 25 mg, 50 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
atenolol-chlorthalidone 100-25; atenolol-chlorthalidone 50-25 ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
atorvastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
benazepril hcl 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
benazepril-hctz 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
BIDIL 20 MG-37.5 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (180 cada 30 d<Chr85>as)
bisoprolol fumarate 10 mg, 5 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
bisoprolol-hctz 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg tab; bisoprolol-hctz 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg tb ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
candesartan cilexetil 16 mg, 4 mg, 8 mg tab; candesartan cilexetil 16 mg, 4 mg, 8 mg tb ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
candesartan cilexetil 32 mg tb ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
candesartan-hctz 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg tab; candesartan-hctz 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg tb ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
captopril 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
captopril-hctz 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
cartia xt 120 mg, 180 mg, 240 mg capsule,extended release ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
cartia xt 300 mg capsule,extended release ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
carvedilol 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
cholestyramine packet; cholestyramine powder ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
cholestyramine light 4 gram, 4 gram oral powder; cholestyramine light 4 gram, 4 gram powder for susp in a packet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
clonidine 0.1 mg/day patch; clonidine 0.2 mg/day patch; clonidine 0.3 mg/day patch ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (4 cada 28 d<Chr85>as)
clonidine hcl 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
clonidine hcl er 0.1 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
clorpres 0.1 mg-15 mg tablet; clorpres 0.2 mg-15 mg tablet; clorpres 0.3 mg-15 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
colestipol hcl granules; colestipol hcl granules packet; colestipol micronized 1 gm tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
CORLANOR 5 MG, 7.5 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
CRESTOR 10 MG, 20 MG, 40 MG, 5 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
digitek 125 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
digitek 250 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
digox 125 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
digox 250 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
digoxin 0.05 mg/ml solution; digoxin 250 mcg tablet; digoxin 500 mcg/2 ml ampule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
digoxin 125 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
DILATRATE-SR 40 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
dilt-xr 120 mg, 180 mg, 240 mg capsule, extended release ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
diltiazem 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg tablet; diltiazem 12hr er 120 mg, 60 mg, 90 mg cap; diltiazem hcl 100 mg vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
diltiazem 24hr er 120 mg, 180 mg, 240 mg cap; diltiazem er 120 mg, 120 mg, 180 mg, 180 mg, 240 mg, 240 mg capsule; diltiazem hcl er 120 mg, 120 mg, 180 mg, 180 mg, 240 mg, 240 mg cap ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
diltiazem 24hr er 300 mg cap; diltiazem hcl er 300 mg, 360 mg, 420 mg cap ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
dipyridamole 25 mg, 50 mg, 75 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
disopyramide 100 mg, 150 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
dofetilide 125 mcg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (240 cada 30 d<Chr85>as)
dofetilide 250 mcg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
dofetilide 500 mcg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
doxazosin mesylate 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
enalapril maleate 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg tab; enalapril maleate 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
enalapril-hctz 10-25 mg, 5-12.5 mg tab; enalapril-hctz 10-25 mg, 5-12.5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ENTRESTO 24 MG-26 MG TABLET; ENTRESTO 49 MG-51 MG TABLET; ENTRESTO 97 MG-103 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
eplerenone 25 mg, 50 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
felodipine er 10 mg, 2.5 mg, 5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
fenofibrate 160 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
fenofibrate 54 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
fenofibrate 134 mg, 200 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
fenofibrate 67 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
fenofibrate 145 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
fenofibrate 48 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
flecainide acetate 100 mg, 150 mg, 50 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
fosinopril sodium 10 mg, 20 mg, 40 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
fosinopril-hctz 10-12.5 mg, 20-12.5 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
gemfibrozil 600 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
guanfacine 1 mg, 2 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
hydralazine 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg tablet; hydralazine 20 mg/ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
irbesartan 150 mg, 300 mg, 75 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
irbesartan-hctz 150-12.5 mg, 300-12.5 mg tb ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
isosorbide dn 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg tablet; isosorbide dn er 40 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
isosorbide mn 10 mg, 20 mg tablet; isosorbide mn er 120 mg, 30 mg, 60 mg tab; isosorbide mn er 120 mg, 30 mg, 60 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
isradipine 2.5 mg, 5 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
KYNAMRO 200 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (4 cada 28 d<Chr85>as)
labetalol hcl 100 mg, 200 mg, 300 mg tablet; labetalol hcl 100 mg/20 ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
LANOXIN 125 MCG, 187.5 MCG, 62.5 MCG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
LANOXIN 250 MCG TABLET; LANOXIN 250 MCG/ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
LANOXIN PEDIATRIC 100 MCG/ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
lisinopril 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
lisinopril-hctz 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
losartan potassium 100 mg, 25 mg, 50 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
losartan-hctz 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
lovastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
methyldopa 250 mg, 500 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
methyldopa-hctz 250-15 mg, 250-25 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
metoprolol succ er 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
metoprolol-hctz 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
metoprolol tart 5 mg/5 ml vial; metoprolol tartrate 100 mg, 25 mg, 50 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
metoprolol tartrate 37.5 mg, 75 mg tab; metoprolol tartrate 37.5 mg, 75 mg tb ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
mexiletine 150 mg, 200 mg, 250 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
minoxidil 10 mg, 2.5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
moexipril hcl 15 mg, 7.5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
moexipril-hctz 15-12.5 mg, 15-25 mg, 7.5-12.5 mg tab; moexipril-hctz 15-12.5 mg, 15-25 mg, 7.5-12.5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
MULTAQ 400 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
nadolol 20 mg, 40 mg, 80 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
nadolol-bendroflu 40-5 mg, 80-5 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
niacor 500 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
nicardipine 20 mg, 30 mg capsule; nicardipine 25 mg/10 ml ampule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
nifedical xl 30 mg, 60 mg tablet, extended release ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
nifedipine er 30 mg, 30 mg, 60 mg, 60 mg, 90 mg, 90 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
nimodipine 30 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
nitroglycerin 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.6 mg/hr patch ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
nitroglycerin 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg tablet sl; nitroglycerin 5 mg/ml vial; nitroglycerin lingual 0.4 mg ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
nitroglycerin 0.4 mg/hr patch ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
NITROLINGUAL 400 MCG/SPRAY ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
NITROSTAT 0.3 MG, 0.4 MG, 0.6 MG SUBLINGUAL TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
omega-3 ethyl esters 1 gm cap ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
PACERONE 100 MG, 400 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
pacerone 200 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
perindopril erbumine 2 mg, 4 mg, 8 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
pindolol 10 mg, 5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
PRALUENT PEN 150 MG/ML, 75 MG/ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (2 cada 28 d<Chr85>as)
PRALUENT SYRINGE 150 MG/ML, 75 MG/ML SUBCUTANEOUS ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (2 cada 28 d<Chr85>as)
pravastatin sodium 10 mg, 20 mg, 80 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
pravastatin sodium 40 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
prazosin 1 mg, 2 mg, 5 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
prevalite 4 gram, 4 gram oral powder; prevalite 4 gram, 4 gram powder for susp in a packet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
procainamide 100 mg/ml, 500 mg/ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
propafenone hcl 150 mg, 225 mg, 300 mg tab; propafenone hcl 150 mg, 225 mg, 300 mg tablet; propafenone hcl er 225 mg, 325 mg, 425 mg cap ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
propranolol 1 mg/ml, 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 40 mg/5 ml (8 mg/ml) vial; propranolol 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg tablet; propranolol 20 mg/5 ml soln; propranolol 40 mg/5 ml soln; propranolol er 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
propranolol-hctz 40-25 mg, 80-25 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
quinapril 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
quinapril-hctz 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
quinidine gluc 80 mg/ml vial; quinidine gluc er 324 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
quinidine sulf er 300 mg tab; quinidine sulfate 200 mg, 300 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ramipril 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
RANEXA 1,000 MG, 500 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	TP,LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
reserpine 0.1 mg, 0.25 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
REVATIO 10 MG/ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (180 cada 30 d<Chr85>as)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
rosuvastatin calcium 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
sildenafil 20 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
simvastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 80 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
sorine 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
sotalol 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg tablet; sotalol hcl 150 mg/10 ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
sotalol af 120 mg, 160 mg, 80 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
spironolactone-hctz 25-25 tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
spironolactone 100 mg, 25 mg, 50 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
taztia xt 120 mg, 180 mg, 240 mg capsule,extended release ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
taztia xt 300 mg, 360 mg capsule,extended release ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
TEKTURNA 150 MG, 300 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
telmisartan 20 mg, 40 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
telmisartan 80 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
telmisartan-amlodipine 40-10; telmisartan-amlodipine 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg; telmisartan-amlodipine 80-10 ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
terazosin 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
TIKOSYN 125 MCG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (240 cada 30 d<Chr85>as)
TIKOSYN 250 MCG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
TIKOSYN 500 MCG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
timolol maleate 10 mg, 20 mg, 5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
trandolapril 1 mg, 2 mg, 4 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
valsartan 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
valsartan-hctz 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
VASCEPA 0.5 GRAM CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (240 cada 30 d<Chr85>as)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
VASCEPA 1 GRAM CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
verapamil 120 mg, 180 mg, 240 mg, 360 mg cap pellet; verapamil er 120 mg, 180 mg, 240 mg, 360 mg capsule; verapamil er pm 200 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
verapamil 120 mg, 40 mg, 80 mg tablet; verapamil 2.5 mg/ml ampul; verapamil er 120 mg, 180 mg, 240 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
verapamil er pm 100 mg, 300 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
WELCHOL 3.75 GRAM ORAL POWDER PACKET; WELCHOL 625 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
ZETIA 10 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)

AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL - Medicamentos utilizados para tratar enfermedades cerebrales y de la médula espinal

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
ABILIFY 9.7 MG/1.3 ML VIAL ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
ABILIFY DISCMELT 10 MG, 15 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
ABILIFY MAINTENA 300 MG INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED RELEASE; ABILIFY MAINTENA 300 MG SUSPENSION,EXTENDED REL. INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (1.5 cada 28 d<Chr85>as)
ABILIFY MAINTENA 400 MG INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED RELEASE; ABILIFY MAINTENA 400 MG SUSPENSION,EXTENDED REL. INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (2 cada 28 d<Chr85>as)
acamprosate calc dr 333 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
acetamin-codein 300-30 mg/12.5; acetaminop-codeine 120-12 mg/5 ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (5010 cada 30 d<Chr85>as)
acetaminophen-cod #2 tablet; acetaminophen-cod #3 tablet; acetaminophen-cod #4 tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (390 cada 30 d<Chr85>as)
alprazolam 0.25 mg, 0.5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
alprazolam 1 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (240 cada 30 d<Chr85>as)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
alprazolam 2 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (150 cada 30 d<Chr85>as)
ALSUMA 6 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (6 cada 30 d<Chr85>as)
amantadine 100 mg capsule; amantadine 100 mg tablet; amantadine 50 mg/5 ml solution ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
amitriptyline hcl 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
amoxapine 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
APOKYN 10 MG/ML SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 28 d<Chr85>as)
APTOM 200 MG, 400 MG, 800 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
APTOM 600 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
aripiprazole 1 mg/ml solution ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (750 cada 30 d<Chr85>as)
aripiprazole 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
aripiprazole odt 10 mg, 15 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
ARISTADA 441 MG/1.6 ML SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (1.6 cada 28 d<Chr85>as)
ARISTADA 662 MG/2.4 ML SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (2.4 cada 28 d<Chr85>as)
ARISTADA 882 MG/3.2 ML SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (3.2 cada 28 d<Chr85>as)
armodafinil 150 mg, 200 mg, 250 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
armodafinil 50 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
AZILECT 0.5 MG, 1 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
BANZEL 200 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (480 cada 30 d<Chr85>as)
BANZEL 40 MG/ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (2760 cada 30 d<Chr85>as)
BANZEL 400 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (240 cada 30 d<Chr85>as)
benztropine 2 mg/2 ml ampule; benztropine mes 0.5 mg, 1 mg, 2 mg tab; benztropine mes 0.5 mg, 1 mg, 2 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
BRINTELLIX 10 MG, 20 MG, 5 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	TP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
BRIVIACT 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
BRIVIACT 10 MG/ML ORAL SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (600 cada 30 d<Chr85>as)
BRIVIACT 50 MG/5 ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
bromocriptine 2.5 mg tablet; bromocriptine 5 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
buprenorphine 2 mg, 8 mg tablet sl ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
buproban 150 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
bupropion hcl 100 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (180 cada 30 d<Chr85>as)
bupropion hcl 75 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
bupropion hcl sr 100 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
bupropion hcl sr 150 mg, 150 mg, 300 mg tablet; bupropion hcl xl 150 mg, 150 mg, 300 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
bupropion hcl sr 200 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
bupropion hcl sr 150 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
buspirone hcl 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
butalbital compound with codeine 30 mg-50 mg-325 mg-40 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (360 cada 30 d<Chr85>as)
butalb-caff-acetaminoph-codein ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (360 cada 30 d<Chr85>as)
butalbital-acetaminophn 50-325 ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (180 cada 30 d<Chr85>as)
butalb-acetamin-caff 50-325-40; butalbit-acetaminophen-caff cp ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (180 cada 30 d<Chr85>as)
butalbital-asa-caffeine cap ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (180 cada 30 d<Chr85>as)
BUTISOL 30 MG, 50 MG TABLET; BUTISOL SODIUM 30 MG, 50 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
butorphanol 1 mg/ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (960 cada 30 d<Chr85>as)
butorphanol 10 mg/ml spray ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (5 cada 28 d<Chr85>as)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
butorphanol 2 mg/ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (480 cada 30 d<Chr85>as)
capacet 50 mg-325 mg-40 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (180 cada 30 d<Chr85>as)
CAPITAL WITH CODEINE 120 MG-12 MG/5 ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (5010 cada 30 d<Chr85>as)
carbamazepine 100 mg tab chew; carbamazepine 100 mg/5 ml susp; carbamazepine 200 mg tablet; carbamazepine er 100 mg, 200 mg, 300 mg cap; carbamazepine er 100 mg, 200 mg, 400 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
CARBATROL 100 MG, 200 MG, 300 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
carbidopa-leva 10-100 mg, 10-100 mg, 25-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg, 25-250 mg odt; carbidopa-leva er 25-100 tab; carbidopa-leva er 50-200 tab; carbidopa-levodopa 10-100 tab; carbidopa-levodopa 25-100 tab; carbidopa-levodopa 25-250 tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
CELONTIN 300 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
chlorpromazine 10 mg, 25 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
chlorpromazine 100 mg, 200 mg, 50 mg tablet; chlorpromazine 25 mg/ml amp ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
citalopram hbr 10 mg, 40 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
citalopram hbr 10 mg/5 ml soln ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
citalopram hbr 20 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
clomipramine 25 mg, 50 mg, 75 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
clonazepam 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.5 mg, 1 mg, 1 mg, 2 mg, 2 mg dis tab; clonazepam 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.5 mg, 1 mg, 1 mg, 2 mg, 2 mg dis tablet; clonazepam 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.5 mg, 1 mg, 1 mg, 2 mg, 2 mg odt; clonazepam 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.5 mg, 1 mg, 1 mg, 2 mg, 2 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
clorazepate 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
clozapine 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
clozapine odt 100 mg, 12.5 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	TP
codeine sulfate 15 mg, 30 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (360 cada 30 d<Chr85>as)
codeine sulfate 60 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (180 cada 30 d<Chr85>as)
CYCLOSET 0.8 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (180 cada 30 d<Chr85>as)
desipramine 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
dexmethylphenidate 10 mg, 2.5 mg, 5 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
d-amphetamine er 10 mg capsule; dextroamphetamine 10 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (180 cada 30 d<Chr85>as)
d-amphetamine er 15 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
d-amphetamine er 5 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
dextroamphetamine 5 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (150 cada 30 d<Chr85>as)
dextroamp-amphet er 10 mg, 15 mg, 5 mg cap ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
dextroamp-amphet er 20 mg, 25 mg, 30 mg cap; dextroamp-amphetamin 30 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
dextroamp-amphetam 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg tab; dextroamp-amphetamin 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg tab; dextroamp-amphetamine 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
diazepam 10 mg rectal gel syst; diazepam 12.5-15-17.5-20 mg, 2.5 mg, 5-7.5-10 mg rectal gel sys; diazepam 20 mg rectal gel syst ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
diazepam 10 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
diazepam 2 mg, 5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
diazepam 5 mg/5 ml solution; diazepam 5 mg/ml oral conc ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (1200 cada 30 d<Chr85>as)
diazepam intensol 5 mg/ml oral concentrate ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (1200 cada 30 d<Chr85>as)
diclofenac pot 50 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
diclofenac sod ec 25 mg, 50 mg, 75 mg tab; diclofenac sod er 100 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
diflunisal 500 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
dilantin 30 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
dilantin extended 100 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
DILANTIN INFATABS 50 MG CHEWABLE TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
DILANTIN-125 125 MG/5 ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
divalproex sod dr 125 mg, 250 mg, 500 mg tab; divalproex sod er 250 mg, 500 mg tab; divalproex sodium 125 mg cap ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
doxepin 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg capsule; doxepin 10 mg/ml oral conc ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
duloxetine hcl dr 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg cap ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
DURAMORPH (PF) 0.5 MG/ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (7200 cada 30 d<Chr85>as)
DURAMORPH (PF) 1 MG/ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (3600 cada 30 d<Chr85>as)
EMSAM 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
endocet 10 mg-325 mg tablet; endocet 2.5 mg-325 mg tablet; endocet 5 mg-325 mg tablet; endocet 7.5 mg-325 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (360 cada 30 d<Chr85>as)
entacapone 200 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (300 cada 30 d<Chr85>as)
epitol 200 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
EQUETRO 100 MG, 200 MG, 300 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
escitalopram 10 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (45 cada 30 d<Chr85>as)
escitalopram 20 mg, 5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
escitalopram oxalate 5 mg/5 ml ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (600 cada 30 d<Chr85>as)
ethosuximide 250 mg capsule; ethosuximide 250 mg/5 ml soln ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
etodolac 200 mg, 300 mg capsule; etodolac 400 mg, 500 mg tablet; etodolac er 400 mg, 500 mg, 600 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
FANAPT 1 MG, 10 MG, 12 MG, 1MG(2)-2MG(2)- 4MG(2)-6MG(2), 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG TABLET; FANAPT 1MG(2)-2 MG(2)-4MG(2)-6 MG(2) TABLETS IN A DOSE PACK ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
FAZACLO 100 MG, 12.5 MG, 150 MG, 200 MG, 25 MG DISINTEGRATING TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	TP
felbamate 400 mg, 600 mg tablet; felbamate 600 mg/5 ml susp ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
fenoprofen 400 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
fentanyl 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 37.5 mcg/hour, 50 mcg/hr, 62.5 mcg/hour, 75 mcg/hr, 87.5 mcg/hour patch; fentanyl 37.5 mcg/hr patch; fentanyl 62.5 mcg/hr patch; fentanyl 87.5 mcg/hr patch ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (20 cada 30 d<Chr85>as)
fentanyl cit otfc 1,200 mcg, 1,600 mcg, 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg; fentanyl citrate otfc 1,200 mcg, 1,600 mcg, 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (120 cada 30 d<Chr85>as)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
fentanyl 0.05 mg/ml ampul ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (720 cada 30 d<Chr85>as)
fentanyl 0.05 mg/ml syringe ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (240 cada 30 d<Chr85>as)
FETZIMA 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
FETZIMA 20 MG (2)-40 MG (26) CAPSULE,EXTENDED RELEASE,24 HR,DOSE PACK ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (28 cada 28 d<Chr85>as)
fluoxetine 20 mg/5 ml solution; fluoxetine hcl 10 mg, 20 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
fluoxetine dr 90 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (4 cada 28 d<Chr85>as)
fluoxetine hcl 10 mg, 40 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
fluoxetine hcl 20 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
fluoxetine hcl 60 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
fluphenazine dec 125 mg/5 ml ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
fluphenazine 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg tablet; fluphenazine 2.5 mg/5 ml elix; fluphenazine 2.5 mg/ml vial; fluphenazine 5 mg/ml conc ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
flurbiprofen 100 mg, 50 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
fluvoxamine er 100 mg, 150 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
fluvoxamine maleate 100 mg, 25 mg, 50 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
fosphenytoin 100 mg pe/2 ml, 500 mg pe/10 ml; fosphenytoin 100 mg pe/2 ml, 500 mg pe/10 ml vl ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
FYCOMPA 0.5 MG/ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (680 cada 28 d<Chr85>as)
FYCOMPA 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
FYCOMPA 2 MG (7)-4 MG (7) TABLETS IN A DOSE PACK ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (14 cada 30 d<Chr85>as)
gabapentin 100 mg, 300 mg, 400 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (270 cada 30 d<Chr85>as)
gabapentin 250 mg/5 ml soln; gabapentin 250 mg/5 ml, 250 mg/5 ml (5 ml), 300 mg/6 ml (6 ml) soln; gabapentin 300 mg/6 ml soln ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
gabapentin 600 mg, 800 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (180 cada 30 d<Chr85>as)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
GEODON 20 MG/ML (FINAL CONCENTRATION) INTRAMUSCULAR SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
haloperidol 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
haloperidol dec 100 mg/ml, 50 mg/ml vial; haloperidol decan 100 mg/ml, 50 mg/ml amp ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
haloperidol lac 2 mg/ml conc; haloperidol lac 5 mg/ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
HETLIOZ 20 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
HYCET 7.5 MG-325 MG/15 ML ORAL SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (5520 cada 30 d<Chr85>as)
hydrocodon-acetamin 7.5-325/15; hydrocodone-acetamin 10-325/15; hydrocodone-acetamin 5-163/7.5 ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (5520 cada 30 d<Chr85>as)
hydrocodon-acetaminoph 2.5-325; hydrocodon-acetaminoph 7.5-325; hydrocodon-acetaminophen 5-325; hydrocodon-acetaminophn 10-325 ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (360 cada 30 d<Chr85>as)
hydrocodone-ibuprofen 10-200; hydrocodone-ibuprofen 10-200 mg, 2.5-200 mg, 5-200 mg, 7.5-200 mg; hydrocodone-ibuprofen 2.5-200; hydrocodone-ibuprofen 7.5-200 ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (150 cada 30 d<Chr85>as)
hydromorphone 2 mg, 4 mg tablet; hydromorphone 2 mg/ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (360 cada 30 d<Chr85>as)
hydromorphone 8 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (240 cada 30 d<Chr85>as)
hydromorphone hcl 1 mg/ml amp ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (720 cada 30 d<Chr85>as)
hydromorphone hcl 4 mg/ml amp ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (180 cada 30 d<Chr85>as)
hydromorphone hcl 10 mg/ml vl ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (144 cada 30 d<Chr85>as)
hydroxyzine 10 mg/5 ml soln; hydroxyzine hcl 10 mg, 25 mg, 50 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
hydroxyzine pam 100 mg, 25 mg, 50 mg cap ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ibuprofen 100 mg/5 ml susp; ibuprofen 400 mg, 600 mg, 800 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
oxycodone-ibuprofen 5-400 tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (240 cada 30 d<Chr85>as)
imipramine hcl 10 mg, 25 mg, 50 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
imipramine pamoate 100 mg, 125 mg, 150 mg, 75 mg cap ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
indomethacin 25 mg, 50 mg, 75 mg capsule; indomethacin er 25 mg, 50 mg, 75 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
INFUMORPH P/F 10 MG/ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (360 cada 30 d<Chr85>as)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
INFUMORPH P/F 25 MG/ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (150 cada 30 d<Chr85>as)
INVEGA 1.5 MG, 3 MG, 9 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	TP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
INVEGA 6 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	TP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75 ML, 234 MG/1.5 ML, 39 MG/0.25 ML, 78 MG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (1.5 cada 28 d<Chr85>as)
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (1 cada 28 d<Chr85>as)
INVEGA TRINZA 273 MG/0.875 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (0.87 cada 90 d<Chr85>as)
INVEGA TRINZA 410 MG/1.315 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (1.31 cada 90 d<Chr85>as)
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (1.75 cada 90 d<Chr85>as)
INVEGA TRINZA 819 MG/2.625 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (2.62 cada 90 d<Chr85>as)
IRENKA 40 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
<i>ketoprofen 50 mg, 75 mg capsule</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
LAMICTAL 2 MG DISPER TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
LAMICTAL ODT 100 MG, 200 MG, 25 MG, 50 MG DISINTEGRATING TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
LAMICTAL ODT STARTER (BLUE) 25 MG (21)-50 MG (7) TABLET,DISINTEGRATING ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
LAMICTAL ODT STARTER (GREEN) 50 MG (42)-100 MG (14) TABLET,DISINTEGRAT ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
LAMICTAL ODT STARTER(ORANGE) 25 MG(14)-50 MG(14)-100 MG(7) TAB,DISINT ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
LAMICTAL STARTER (BLUE) KIT 25 MG (35) TABLETS IN A DOSE PACK ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
LAMICTAL STARTER (GREEN) KIT 25 MG (84)-100 MG (14) TABLETS, DOSE PACK ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
LAMICTAL STARTER (ORANGE) KIT 25 MG (42)-100 MG (7) TABLETS, DOSE PACK ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
LAMICTAL XR STARTER (BLUE) 25 MG (21)-50 MG (7) TABLET,EXTEND RELEASE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
LAMICTAL XR STARTER (GREEN) 50 MG(14)-100 MG(14)-200 MG(7) TAB,EXT.REL ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
LAMICTAL XR STARTER (ORANGE) 25 MG(14)-50 MG(14)-100 MG(7) TAB,EXT.REL ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
lamotrigine 100 mg, 100 mg, 150 mg, 200 mg, 200 mg, 25 mg, 25 mg, 25 mg (21) -50 mg (7), 25 mg (35), 25 mg(14)-50 mg (14)-100 mg (7), 50 mg, 50 mg (42) -100 mg (14) tablet; lamotrigine 25 mg tb start kit; lamotrigine 25 mg, 5 mg disper tab; lamotrigine 25 mg, 5 mg disper tablet; lamotrigine er 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg tablet; lamotrigine odt 100 mg, 100 mg, 150 mg, 200 mg, 200 mg, 25 mg, 25 mg, 25 mg (21) -50 mg (7), 25 mg (35), 25 mg(14)-50 mg (14)-100 mg (7), 50 mg, 50 mg (42) -100 mg (14) tablet; lamotrigine odt kit (blue); lamotrigine odt kit (green); lamotrigine odt kit (orange) ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
LATUDA 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
LATUDA 80 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
LAZANDA 100 MCG/SPRAY, 300 MCG/SPRAY, 400 MCG/SPRAY NASAL SPRAY ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
levetiracetam 1,000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg tablet; levetiracetam 100 mg/ml, 500 mg/5 ml, 500 mg/5 ml (5 ml) soln; levetiracetam 100 mg/ml, 500 mg/5 ml, 500 mg/5 ml (5 ml) vial; levetiracetam 500 mg/5 ml soln; levetiracetam er 500 mg, 750 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
levetiracetam-nacl 1,000mg/100; levetiracetam-nacl 1,500mg/100; levetiracetam-nacl 500 mg/100 ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
levorphanol 2 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (240 cada 30 d<Chr85>as)
lithium carbonate 150 mg, 300 mg, 600 mg cap; lithium carbonate 300 mg tab; lithium carbonate er 300 mg, 450 mg tb ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
lithium 8 meq/5 ml solution ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
lorazepam 0.5 mg, 1 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
lorazepam 2 mg tablet; lorazepam 2 mg/ml oral concent ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (150 cada 30 d<Chr85>as)
LORAZEPAM INTENSOL 2 MG/ML ORAL CONCENTRATE ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (150 cada 30 d<Chr85>as)
loxapine 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
LYRICA 100 MG, 150 MG, 200 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
LYRICA 20 MG/ML ORAL SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (900 cada 30 d<Chr85>as)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
LYRICA 225 MG, 300 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
magnesium sulfate 50% syringe; magnesium sulfate 50% vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
magnesium sulf 1 g/100 ml-d5w ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
magnesium sulf 4 g/50 ml bag; magnesium sulf 4% iv soln ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
maprotiline 25 mg, 50 mg, 75 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
MARPLAN 10 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
meclofenamate 100 mg, 50 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
meloxicam 15 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
meloxicam 7.5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
meloxicam 7.5 mg/5 ml susp ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (300 cada 30 d<Chr85>as)
memantine 5-10 mg titration pk ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (98 cada 30 d<Chr85>as)
memantine hcl 10 mg, 5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
memantine hcl 2 mg/ml solution ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (360 cada 30 d<Chr85>as)
meperidine 100 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (360 cada 30 d<Chr85>as)
meperidine 50 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (480 cada 30 d<Chr85>as)
meperidine 50 mg/5 ml solution ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (720 cada 30 d<Chr85>as)
methadone 10 mg/5 ml solution ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (1800 cada 30 d<Chr85>as)
methadone 10 mg/ml oral conc; methadone hcl 10 mg/ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (360 cada 30 d<Chr85>as)
methadone 5 mg/5 ml solution ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (3600 cada 30 d<Chr85>as)
methadone hcl 10 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (240 cada 30 d<Chr85>as)
methadone hcl 5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (480 cada 30 d<Chr85>as)
METHADOSE 10 MG/ML ORAL CONCENTRATE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (360 cada 30 d<Chr85>as)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
methylphenidate 10 mg, 20 mg, 5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
methylphenidate 10 mg/5 ml sol ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (900 cada 30 d<Chr85>as)
methylphenidate 5 mg/5 ml soln ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (1800 cada 30 d<Chr85>as)
methylphenidate er 10 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (180 cada 30 d<Chr85>as)
mirtazapine 15 mg, 15 mg, 30 mg, 30 mg, 45 mg, 45 mg odt; mirtazapine 15 mg, 15 mg, 30 mg, 30 mg, 45 mg, 45 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
mirtazapine 7.5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
modafinil 100 mg, 200 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
molindone hcl 10 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (240 cada 30 d<Chr85>as)
molindone hcl 25 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (270 cada 30 d<Chr85>as)
molindone hcl 5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (360 cada 30 d<Chr85>as)
morphine 10 mg/ml carpject; morphine 10 mg/ml, 10 mg/ml isecure syr; morphine 10 mg/ml, 10 mg/ml syringe; morphine sulfate 10 mg/ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (360 cada 30 d<Chr85>as)
morphine 15 mg/ml carpject ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (240 cada 30 d<Chr85>as)
morphine 2 mg/ml carpject; morphine 2 mg/ml, 2 mg/ml isecure syr; morphine 2 mg/ml, 2 mg/ml syringe ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (1800 cada 30 d<Chr85>as)
morphine 4 mg/ml carpject; morphine 4 mg/ml isecure syr; morphine sulfate 4 mg/ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (900 cada 30 d<Chr85>as)
morphine 5 mg/ml syringe ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (720 cada 30 d<Chr85>as)
morphine 8 mg/ml isecure syr; morphine 8 mg/ml syringe; morphine sulfate 8 mg/ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (450 cada 30 d<Chr85>as)
morphine sulf 10 mg, 30 mg suppos; morphine sulf er 100 mg tablet; morphine sulfate ir 15 mg, 30 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (180 cada 30 d<Chr85>as)
morphine sulf 10 mg/5 ml soln ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (2700 cada 30 d<Chr85>as)
morphine sulf 20 mg/5 ml soln ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (1350 cada 30 d<Chr85>as)
morphine sulf er 15 mg, 30 mg, 60 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
morphine sulf er 200 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
morphine 0.5 mg/ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (7200 cada 30 d<Chr85>as)
morphine 1 mg/ml vial p-f ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (3600 cada 30 d<Chr85>as)
morphine sulf 100 mg/5 ml soln ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (600 cada 30 d<Chr85>as)
nabumetone 500 mg, 750 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
nalbuphine 100 mg/10 ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (240 cada 30 d<Chr85>as)
nalbuphine 200 mg/10 ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
naloxone 0.4 mg/ml vial; naloxone 0.4 mg/ml, 1 mg/ml syringe; naloxone 2 mg/2 ml syringe ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
naltrexone 50 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
NAMENDA 2 MG/ML ORAL SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (360 cada 30 d<Chr85>as)
NAMENDA XR 14 MG, 21 MG, 28 MG, 7 MG CAPSULE SPRINKLE,EXTENDED RELEASE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
NAMENDA XR 7 MG-14 MG-21 MG-28 MG CAPSULE,SPRINKLE,ER 24HR,DOSE PACK ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (28 cada 28 d<Chr85>as)
NAMZARIC 14 MG-10 MG CAPSULE SPRINKLE,EXTENDED RELEASE; NAMZARIC 21 MG-10 MG CAPSULE SPRINKLE,EXTENDED RELEASE; NAMZARIC 28 MG-10 MG CAPSULE SPRINKLE,EXTENDED RELEASE; NAMZARIC 7 MG-10 MG CAPSULE SPRINKLE,EXTENDED RELEASE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	TP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
naproxen 125 mg/5 ml suspen; naproxen 250 mg, 375 mg, 375 mg, 500 mg, 500 mg tablet; naproxen dr 250 mg, 375 mg, 375 mg, 500 mg, 500 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
naproxen sodium 275 mg, 550 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
naratriptan hcl 1 mg, 2.5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (9 cada 30 d<Chr85>as)
NARCAN 4 MG/ACTUATION NASAL SPRAY ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
nefazodone hcl 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
NEUPRO 1 MG/24 HOUR, 2 MG/24 HOUR, 3 MG/24 HOUR, 4 MG/24 HOUR, 6 MG/24 HOUR, 8 MG/24 HOUR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
nortriptyline 10 mg/5 ml sol; nortriptyline hcl 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg cap ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
NUDEXTA 20 MG-10 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
NUPLAZID 17 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
NUVIGIL 150 MG, 200 MG, 250 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
NUVIGIL 50 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
olanzapine 10 mg vial; olanzapine 15 mg, 15 mg, 20 mg, 20 mg tablet; olanzapine odt 15 mg, 15 mg, 20 mg, 20 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
olanzapine 10 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 5 mg, 7.5 mg tablet; olanzapine odt 10 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 5 mg, 7.5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
ONFI 10 MG, 20 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
ONFI 2.5 MG/ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (480 cada 30 d<Chr85>as)
ORAP 1 MG, 2 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
oxaprozin 600 mg caplet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
oxazepam 10 mg, 15 mg, 30 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
oxcarbazepine 150 mg, 300 mg, 600 mg tablet; oxcarbazepine 300 mg/5 ml susp ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
oxycodon 10 mg/0.5 ml oral syr; oxycodone hcl 100 mg/5 ml soln ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (270 cada 30 d<Chr85>as)
oxycodone hcl 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg tablet; oxycodone hcl 5 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (360 cada 30 d<Chr85>as)
oxycodone hcl 5 mg/5 ml soln ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (5400 cada 30 d<Chr85>as)
oxycodon-acetaminophen 2.5-325; oxycodon-acetaminophen 7.5-325; oxycodone-acetaminophen 10-325; oxycodone-acetaminophen 5-325 ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (360 cada 30 d<Chr85>as)
oxycodone-aspirin 4.8355-325 ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (360 cada 30 d<Chr85>as)
paliperidone er 1.5 mg, 3 mg, 9 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	TP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
paliperidone er 6 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	TP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
paroxetine hcl 10 mg, 20 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
paroxetine hcl 30 mg, 40 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
PAXIL 10 MG/5 ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
PEGANONE 250 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
pentazocine-naloxone tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (360 cada 30 d<Chr85>as)
perphenazine 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
perphen-amitrip 2 mg-10 mg tab; perphen-amitrip 2 mg-25 mg tab; perphen-amitrip 4 mg-10 mg tab; perphen-amitrip 4 mg-25 mg tab; perphen-amitrip 4 mg-50 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
phenelzine sulfate 15 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
phenobarbital 100 mg, 16.2 mg, 32.4 mg, 64.8 mg, 97.2 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
phenobarbital 15 mg, 60 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
phenobarbital 20 mg/5 ml elix ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (1500 cada 30 d<Chr85>as)
phenobarbital 30 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (300 cada 30 d<Chr85>as)
PHENYTEK 200 MG, 300 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
phenytoin 100 mg/4 ml, 125 mg/5 ml susp; phenytoin 50 mg tablet chew ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
phenytoin 50 mg/ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
phenytoin sod ext 100 mg, 200 mg, 300 mg cap ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
pimozide 1 mg, 2 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
piroxicam 10 mg, 20 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
POTIGA 200 MG, 300 MG, 400 MG, 50 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
pramipexole 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
primidone 250 mg, 50 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
PRISTIQ 100 MG, 25 MG, 50 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
protriptyline hcl 10 mg, 5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
quetiapine fumarate 100 mg, 300 mg, 400 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
quetiapine fumarate 200 mg, 25 mg, 50 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
REXULTI 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
riluzole 50 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
RISPERDAL CONSTA 12.5 MG/2 ML, 25 MG/2 ML, 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (4 cada 28 d<Chr85>as)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
risperidone 0.25 mg, 0.25 mg, 1 mg, 1 mg, 2 mg, 2 mg, 3 mg, 3 mg, 4 mg, 4 mg odt; risperidone 0.25 mg, 0.25 mg, 1 mg, 1 mg, 2 mg, 2 mg, 3 mg, 3 mg, 4 mg, 4 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
risperidone 0.5 mg, 0.5 mg odt; risperidone 0.5 mg, 0.5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
risperidone 1 mg/ml solution ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
rizatriptan 10 mg, 5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (12 cada 30 d<Chr85>as)
ropinirole hcl 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
roweepra 500 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
SABRIL 500 MG ORAL POWDER PACKET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
SABRIL 500 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (180 cada 30 d<Chr85>as)
SAPHRIS (BLACK CHERRY) 10 MG, 2.5 MG, 5 MG SUBLINGUAL TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
SAVELLA 100 MG, 12.5 MG, 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50 MG(42), 25 MG, 50 MG TABLET; SAVELLA 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50MG(42) TABLETS IN A DOSE PACK ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
selegiline hcl 5 mg capsule; selegiline hcl 5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
sertraline 20 mg/ml oral conc ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
sertraline hcl 100 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
sertraline hcl 25 mg, 50 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
SPRITAM 1,000 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	TP,LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
SPRITAM 250 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	TP,LC (360 cada 30 d<Chr85>as)
SPRITAM 500 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	TP,LC (180 cada 30 d<Chr85>as)
SPRITAM 750 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	TP,LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
STRATTERA 10 MG, 18 MG, 25 MG, 40 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
STRATTERA 100 MG, 60 MG, 80 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
SUBOXONE 12 MG-3 MG SUBLINGUAL FILM ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
SUBOXONE 2 MG-0.5 MG SUBLINGUAL FILM; SUBOXONE 4 MG-1 MG SUBLINGUAL FILM; SUBOXONE 8 MG-2 MG SUBLINGUAL FILM ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
sulindac 150 mg, 200 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
sumatriptan 20 mg nasal spray; sumatriptan 5 mg nasal spray ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
sumatriptan 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml cart; sumatriptan 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml refill; sumatriptan 6 mg/0.5 ml inject; sumatriptan 6 mg/0.5 ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (6 cada 30 d<Chr85>as)
sumatriptan succ 100 mg, 25 mg, 50 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (9 cada 30 d<Chr85>as)
SURMONTIL 100 MG, 25 MG, 50 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
TASMAR 100 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
TEGRETOL XR 100 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
temazepam 15 mg, 30 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
tetrabenazine 12.5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (240 cada 30 d<Chr85>as)
tetrabenazine 25 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
thioridazine 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
thiothixene 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
tiagabine hcl 2 mg, 4 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
tolcapone 100 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	AP
tolmetin sodium 200 mg, 600 mg tab; tolmetin sodium 400 mg cap ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
topiramate 100 mg, 200 mg, 50 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
topiramate 15 mg, 25 mg sprinkle cap ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
topiramate 25 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
tramadol hcl 50 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (240 cada 30 d<Chr85>as)
tranylcypromine sulf 10 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
trazodone 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
trifluoperazine 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
trihexyphenidyl 2 mg, 5 mg tablet; trihexyphenidyl 2 mg/5 ml elx ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
TRILEPTAL 300 MG/5 ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
trimipramine maleate 100 mg, 25 mg, 50 mg cap; trimipramine maleate 100 mg, 25 mg, 50 mg cp ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
TRINTELLIX 10 MG, 20 MG, 5 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	TP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
valproate sod 500 mg/5 ml vl ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
valproic acid 250 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
valproic acid 250 mg/5 ml soln; valproic acid 250 mg/5 ml, 250 mg/5 ml (5 ml), 500 mg/10 ml (10 ml) soln; valproic acid 500 mg/10 ml sol ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
venlafaxine hcl 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
venlafaxine hcl er 150 mg cap ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
venlafaxine hcl er 150 mg, 225 mg, 37.5 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
venlafaxine hcl er 37.5 mg cap ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
venlafaxine hcl er 75 mg cap ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
venlafaxine hcl er 75 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
VERSACLOZ 50 MG/ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	TP,LC (540 cada 30 d<Chr85>as)
VIIBRYD 10 MG (7)-20 MG (23) TABLETS IN A DOSE PACK; VIIBRYD 10 MG, 10 MG (7)- 20 MG (23), 10 MG (7)-20 MG (7)-40 MG (16), 20 MG, 40 MG TABLET; VIIBRYD 10-20-40 MG STARTER PK ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
VIMPAT 10 MG/ML ORAL SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (1395 cada 30 d<Chr85>as)
VIMPAT 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG, 50 MG (14)- 100 MG (14) TABLET; VIMPAT 200 MG/20 ML INTRAVENOUS SOLUTION; VIMPAT 50 MG (14)-100 MG (14) TABLETS IN A DOSE PACK ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
VOLTAREN 1 % TOPICAL GEL ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
VRAYLAR 1.5 MG (1)-3 MG (6) CAPSULES IN A DOSE PACK ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
VRAYLAR 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
XENAZINE 12.5 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (240 cada 30 d<Chr85>as)
XENAZINE 25 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
XYREM 500 MG/ML ORAL SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (540 cada 30 d<Chr85>as)
zaleplon 10 mg, 5 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (90 cada 365 d<Chr85>as)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
ziprasidone hcl 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
zolpidem tartrate 10 mg, 5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (90 cada 365 d<Chr85>as)
zonisamide 100 mg, 25 mg, 50 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ZYPREXA RELPREVV 210 MG INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (4 cada 28 d<Chr85>as)
ZYPREXA RELPREVV 300 MG INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (2 cada 28 d<Chr85>as)
ZYPREXA RELPREVV 405 MG INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (1 cada 28 d<Chr85>as)

DISPOSITIVOS - Insumos para ayudar a manejar la diabetes

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
1ST TIER UNIFINE PENTIPS 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ADVOCATE PEN NEEDLES 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ADVOCATE SYRINGES 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16, 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16; ADVOCATE SYRINGES 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16, 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16" ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ASSURE ID INSULIN SAFETY 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
AUTOPEN 1 TO 16 UNITS SUBCUTANEOUS ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
AUTOPEN 1 TO 21 UNITS SUBCUTANEOUS ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
AUTOPEN 2 TO 32 UNITS SUBCUTANEOUS ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
AUTOPEN 2 TO 42 UNITS SUBCUTANEOUS ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
BD AUTOSHIELD PEN NEEDLE 29 GAUGE X 3/16", 29 GAUGE X 5/16" ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
BD ECLIPSE LUER-LOK 1 ML 30 GAUGE X 1/2" SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
BD INSULIN PEN NEEDLE UF MINI 31 GAUGE X 3/16" ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
BD INSULIN PEN NEEDLE UF ORIGINAL 29 GAUGE X 1/2" ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
BD INSULIN PEN NEEDLE UF SHORT 31 GAUGE X 5/16" ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
BD INSULIN SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 25 X 1", 1 ML 26 X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2" ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
BD INSULIN SYRINGE HALF UNIT 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
BD INSULIN SYRINGE MICRO-FINE 0.3 ML 28, 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
BD INSULIN SYRINGE SAFETY-LOK 1 ML 29 GAUGE X 1/2" ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
BD INSULIN SYRINGE SLIP TIP 1 ML ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
BD INSULIN SYRINGE ULT-FINE II 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16" ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 30 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64"; BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 30 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
BD INTEGRA INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2" ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
BD LO-DOSE MICRO-FINE IV 0.3 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
BD LO-DOSE ULTRA-FINE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16; BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16" ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 5/8" ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLES 32 GAUGE X 5/32" ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
CAREFINE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
CLICKFINE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
COMFORT EZ PEN NEEDLES 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 1/4", 33 GAUGE X 3/16", 33 GAUGE X 5/16", 33 GAUGE X 5/32" EC	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT EZ SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16, 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16; COMFORT EZ SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16, 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16" EC	\$0 (Nivel 1)	
DROPLET PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 29 GAUGE X 3/8", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" EC	\$0 (Nivel 1)	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 30 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16; EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 30 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16" EC	\$0 (Nivel 1)	
EASY COMFORT PEN NEEDLES 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" EC	\$0 (Nivel 1)	
EASY TOUCH 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE EC	\$0 (Nivel 1)	
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE; EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" EC	\$0 (Nivel 1)	
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2" EC	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16, 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16; EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16, 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16" EC	\$0 (Nivel 1)	
EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN 1 ML SYRINGE EC	\$0 (Nivel 1)	
EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE; EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" EC	\$0 (Nivel 1)	
EASY TOUCH UNI-SLIP 1 ML SYRINGE EC	\$0 (Nivel 1)	
EXEL INSULIN 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16 SYRINGE; EXEL INSULIN 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16" SYRINGE EC	\$0 (Nivel 1)	
FREESTYLE PRECISION 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16" SYRINGE EC	\$0 (Nivel 1)	
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE EC	\$0 (Nivel 1)	
INCONTROL PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" EC	\$0 (Nivel 1)	
EXEL INSULIN SYRN 27G-1/2 ML EC	\$0 (Nivel 1)	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16; PV INSULIN SYRINGE 0.5 ML; PV INSULIN SYRINGE 1 ML EC	\$0 (Nivel 1)	
INSULIN SYRINGE MICROFINE 0.3 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 27 GAUGE X 5/8", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" EC	\$0 (Nivel 1)	
BD LUER-LOK SYRINGE 1 ML EC	\$0 (Nivel 1)	
INSULIN SYRINGE ULTRAFINE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" EC	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
BD INSULIN SYR 1 ML 25GX5/8"; BD INSULIN SYR 1 ML 28GX1/2"; INSULIN 1 ML SYRINGE; INSULIN 1/2 ML SYRINGE; INSULIN 3/10 ML SYRINGE; INSULIN SYRIN 0.3 ML 30GX1/2"; INSULIN SYRIN 0.3 ML 31GX5/16"; INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX1/2"; INSULIN SYRIN 0.5 ML 31GX5/16"; INSULIN SYRINGE 1 ML 30GX1/2"; INSULIN SYRINGE 1 ML 31GX5/16"; PREFERRED PLUS SYRINGE 0.5 ML; PREFERRED PLUS SYRINGE 1 ML; RELI-ON INSULIN 0.3 ML SYR; RELI-ON INSULIN 1 ML SYR; RELION INS SYR 0.3 ML 29GX1/2"; RELION INS SYR 0.3 ML 30GX5/16; RELION INS SYR 1 ML 29GX1/2"; RELION INS SYR 1 ML 30GX5/16"; RELION INSULIN SYR 0.5 ML; RELION SYR 0.5 ML 30GX5/16"; TERUMO INS SYRINGE U100-1 ML; ULTICARE SYR 0.5 ML 29GX1/2"; ULTICARE SYRIN 0.5 ML 28GX1/2" EC	\$0 (Nivel 1)	
INSULIN SYRINGE U100 1 ML EC	\$0 (Nivel 1)	
INSUPEN 29 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" NEEDLE EC	\$0 (Nivel 1)	
LITE TOUCH INSULIN PEN NEEDLES 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" EC	\$0 (Nivel 1)	
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16, 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE, 1 ML 30 GAUGE X 7/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE, 1/2 ML 30 GAUGE; LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16, 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE, 1 ML 30 GAUGE X 7/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE, 1/2 ML 30 GAUGE"; LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 1/2 ML 29 EC	\$0 (Nivel 1)	
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRINGE 0.3 ML 29 X 1/2", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16" EC	\$0 (Nivel 1)	
MAGELLAN SYRINGE 0.3 ML 30 X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" EC	\$0 (Nivel 1)	
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" EC	\$0 (Nivel 1)	
MINI ULTRA-THIN II 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE EC	\$0 (Nivel 1)	
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16, 29 GAUGE X 1/2"; MONOJECT INSULIN SAFETY SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16, 29 GAUGE X 1/2" EC	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
MONOJECT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16, 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16; MONOJECT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16, 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16"; MONOJECT INSULIN SYRINGE 1 ML EC	\$0 (Nivel 1)	
MONOJECT SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE EC	\$0 (Nivel 1)	
MONOJECT ULTRA COMFORT INSULIN 1/2 ML 28 GAUGE SYRINGE EC	\$0 (Nivel 1)	
NOVOFINE 30 30 GAUGE X 1/3" NEEDLE EC	\$0 (Nivel 1)	
NOVOFINE 32 32 GAUGE X 1/4" NEEDLE EC	\$0 (Nivel 1)	
NOVOFINE AUTOCOVER 30 GAUGE X 1/3" NEEDLE EC	\$0 (Nivel 1)	
NOVOFINE PLUS 32 GAUGE X 1/6" NEEDLE EC	\$0 (Nivel 1)	
NOVOPEN ECHO SUBCUTANEOUS EC	\$0 (Nivel 1)	
NOVOTWIST 30 GAUGE X 1/3", 32 GAUGE X 1/5" NEEDLE; NOVOTWIST NEEDLE 30G 8MM EC	\$0 (Nivel 1)	
KROGER PEN NEEDLES 29G; PEN NEEDLE 29 GAUGE, 29 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" EC	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/3"; FIFTY50 PEN 31G X 3/16" NEEDLE; FIFTY50 PEN NEEDLE 32G X 1/4"; LEADER PEN NEEDLES 12MM 29G; LEADER PEN NEEDLES 31G; PEN NEEDLE 32G X 5/32"; PEN NEEDLES 6MM 31G EC	\$0 (Nivel 1)	
PENTIPS 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE EC	\$0 (Nivel 1)	
PRODIGY INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 28 GAUGE X 1/2"; PRODIGY INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 28 GAUGE X 1/2" EC	\$0 (Nivel 1)	
RELION NEEDLES 31 GAUGE X 1/4" EC	\$0 (Nivel 1)	
RELION PEN NEEDLES 32 GAUGE X 5/32" EC	\$0 (Nivel 1)	
SAFESNAP INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2" EC	\$0 (Nivel 1)	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE U-100 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" EC	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16, 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 1/4", 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4"; SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16, 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 1/4", 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" EC	\$0 (Nivel 1)	
SURE COMFORT PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" EC	\$0 (Nivel 1)	
SURE-FINE PEN NEEDLES 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" EC	\$0 (Nivel 1)	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16, 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16; SURE-JECT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16, 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16" EC	\$0 (Nivel 1)	
TECHLITE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" EC	\$0 (Nivel 1)	
TERUMO INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 X 3/8", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 X 3/8" EC	\$0 (Nivel 1)	
THINPRO INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 X 3/8", 0.3 ML 31 X 3/8", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 X 3/8", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 3/8", 1 ML 31 X 3/8", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 X 3/8" EC	\$0 (Nivel 1)	
TOPCARE CLICKFINE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE EC	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
TOPCARE ULTRA COMFORT 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16, 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16 SYRINGE; TOPCARE ULTRA COMFORT 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16, 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16" SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
TRUEPLUS INSULIN 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16, 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16 SYRINGE; TRUEPLUS INSULIN 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16, 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16" SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ULTICARE 0.3 ML 29 X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 X 5/16 ", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 29 X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 29 X 1/2 ", 1/2 ML 30 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16" SYRINGE; ULTICARE 0.3 ML 29 X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 X 5/16 ", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 29 X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 29 X 1/2 ", 1/2 ML 30 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16"" SYRINGE; ULTICARE 0.3 ML 30 X 5/16" SYRINGE; ULTICARE 1/2 ML 29 X 1/2" SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ULTICARE INSULIN SYRINGE HALF UNIT 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ULTICARE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4", 1 ML 31 GAUGE X 1/4", 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ULTICARE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE, 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16, 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16; ULTILET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE, 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16, 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16"; ULTILET INSULIN SYRINGE 1/2 ML 29 ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ULTILET PEN NEEDLE 29 GAUGE, 32 GAUGE X 5/32" ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE HALF UNIT 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ULTRA COMFORT 3/10 ML SYR; ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30, 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16, 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 30 GAUGE X 7/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE, 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16; ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30, 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16, 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 30 GAUGE X 7/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE, 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16; ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 29 ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ULTRA-THIN II (SHORT) INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16, 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16" ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ULTRA-THIN II (SHORT) PEN NDL 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ULTRA-THIN II INSULIN PEN NEEDLES 29 GAUGE X 1/2" ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2" ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
UNIFINE PENTIP NEEDLES; UNIFINE PENTIPS 29 GAUGE, 29 GAUGE X 1/2", 29 GAUGE X 5/16", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
UNIFINE PENTIPS PLUS 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
VANISHPOINT SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE X 1/2" ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	

BALANCE ELECTROLÍTICO, CALÓRICO Y DE AGUA - Medicamentos utilizados para tratar enfermedades como la hipertensión y la retención de agua

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
amiloride hcl 5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
amiloride hcl-hctz 5-50 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
AMINOSYN 10 % INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	BoD
AMINOSYN 8.5 % INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	BoD



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
AMINOSYN 8.5 % WITH ELECTROLYTES INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
AMINOSYN II 10 % INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
AMINOSYN II 15 % INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
AMINOSYN II 7 % INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
AMINOSYN II 8.5 % INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
AMINOSYN II 8.5 % WITH ELECTROLYTES INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
AMINOSYN M 3.5 % INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
AMINOSYN-HBC 7% INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
AMINOSYN-PF 10 % INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
AMINOSYN-PF 7 % (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
<i>ammonium chloride 5 meq/ml</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>bumetanide 0.25 mg/ml vial; bumetanide 0.5 mg, 1 mg, 2 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
BUPHENYL 500 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
<i>calcium acetate 667 mg gelcap; calcium acetate 667 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
CARBAGLU 200 MG DISPERSIBLE TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
<i>chlorothiazide 250 mg, 500 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>chlorothiazide sod 500 mg vial</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>chlorthalidone 25 mg, 50 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
CLINIMIX 5 % IN 15 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
CLINIMIX 5 % IN 25 % DEXTROSE SULFITE-FREE INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
CLINIMIX 2.75 % IN 5 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
CLINIMIX 4.25 % IN 20 % DEXTROSE (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
CLINIMIX 4.25 % IN 25 % DEXTROSE (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
CLINIMIX 4.25 % IN 10 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
CLINIMIX 4.25 % IN 5 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
CLINIMIX 5 % IN 20 % DEXTROSE (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
CLINIMIX E 2.75 % IN 10 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
CLINIMIX E 2.75 % IN 5 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
CLINIMIX E 4.25 % IN 25 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
CLINIMIX E 4.25 % IN 5 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
CLINIMIX E 5 % IN 15 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
CLINIMIX E 5 % IN 20 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
CLINIMIX E 5 % IN 25 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
constulose 10 gram/15 ml oral solution ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
dextrose 10%-0.45% nacl iv sol ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
dextrose 2.5%-0.45% nacl iv ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
dextrose 5%-0.9% nacl iv soln ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
dextrose 5%-0.45% nacl iv soln ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
dextrose 10%-0.2% nacl iv soln ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
dextrose 10%-water iv solution ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
dextrose 5%-water iv soln; dextrose 5%-water vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
dextrose 5%-0.2% nacl iv soln ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
dextrose 5%-0.3% nacl iv soln ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
DIURIL 250 MG/5 ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
dextrose 5%-electrolyte 48 ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
enulose 10 gram/15 ml oral solution ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ethacrynate sodium 50 mg vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
furosemide 10 mg/ml, 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml) solution; furosemide 20 mg, 40 mg, 80 mg tablet; furosemide 40 mg/4 ml vial; furosemide 40 mg/5 ml soln ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
generlac 10 gram/15 ml oral solution ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
HEPATAMINE 8% INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
hydrochlorothiazide 12.5 mg cp; hydrochlorothiazide 12.5 mg, 25 mg, 50 mg tab; hydrochlorothiazide 12.5 mg, 25 mg, 50 mg tb ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
indapamide 1.25 mg, 2.5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
INTRALIPID 20 %, 30 % INTRAVENOUS EMULSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
IONOSOL-B IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
IONOSOL-MB IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
ISOLYTE-S INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
KABIVEN 3.31 %-9.8 %-3.9 % INTRAVENOUS EMULSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
<i>kionex oral powder</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
KIONEX (WITH SORBITOL) 15 GRAM-19.3 GRAM/60 ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
KLOR-CON 10 MEQ TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
KLOR-CON 8 MEQ TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
<i>klor-con m10 meq tablet,extended release</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
KLOR-CON M15 MEQ TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>klor-con m20 meq tablet,extended release</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>klor-con sprinkle 10 meq, 8 meq capsule,extended release</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>lactated ringers injection; lactated ringers irrigation</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>lactulose 10 gm/15 ml solution; lactulose 20 gm/30 ml solution</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
LITHOSTAT 250 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
<i>methyclothiazide 5 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>metolazone 10 mg, 2.5 mg, 5 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
NEPHRAMINE 5.4 % INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
NORMOSOL-R INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
NORMOSOL-R IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
NORMOSOL-R PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
NUTRILIPID 20 % INTRAVENOUS EMULSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
PERIKABIVEN 2.36 %-6.8 %-3.5 % INTRAVENOUS EMULSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
PHOSLYRA 667 MG (169 MG CALCIUM)/5 ML ORAL SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
PHYSIOLYTE 140 MEQ-5 MEQ-3 MEQ-98 MEQ/L IRRIGATION SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
PHYSIOSOL IRRIGATION 140 MEQ-5 MEQ-3 MEQ-98 MEQ/L SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
PLASMA-LYTE 148 INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
PLASMA-LYTE-56 IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
<i>d5%-1/2ns-kcl 10 meq/l, 20 meq/l, 30 meq/l, 40 meq/l iv sol; kcl 20 meq in d5w-0.45% nacl</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
potassium cl 10 meq/100 ml, 10 meq/50 ml, 20 meq/50 ml, 30 meq/100 ml sol; potassium cl 20 meq/10 ml conc; potassium cl er 10 meq, 20 meq tablet; potassium cl er 10 meq, 20 meq, 8 meq tablet; potassium cl er 10 meq, 8 meq capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
kcl 20 meq-ns 1,000 ml iv soln; kcl 40 meq-ns 1,000 ml iv soln ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
d5w-kcl 20 meq/l, 30 meq/l, 40 meq/l iv solution; kcl 20 meq in d5w solution; kcl 40 meq in d5w solution ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
kcl 20 meq in d5w-lact ringer; kcl 40 meq in d5w-lact ringer ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
potassium cl 20 meq-0.45% nacl ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
d5%-1/4ns-kcl 20 meq/l, 40 meq/l iv sol; kcl 20 meq in d5w-0.225% nacl ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
kcl 20 meq in d5w-0.3% nacl ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
kcl 20 meq in d5w-ns; kcl 40 meq in d5w-nacl 0.9% ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
potassium citrate er 10 meq (1,080 mg), 15 meq, 5 meq (540 mg) tb; potassium citrate er 10 meq tb; potassium citrate er 5 meq tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
PREMASOL 10 % INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
PREMASOL 6 % INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
probenecid 500 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
probenecid-colchicine tabs ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
PROCALAMINE 3% INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
REVELA 0.8 GRAM, 2.4 GRAM ORAL POWDER PACKET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
REVELA 800 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (540 cada 30 d<Chr85>as)
ringer's iv solution; ringers irrigation solution ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
SAMSCA 15 MG, 30 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
SMOFLIPID 20 % INTRAVENOUS EMULSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
sodium bicarb 7.5% abboject; sodium bicarb 8.4% abboject ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
sodium chloride 0.9% irrig.; sodium chloride 100 meq/40 ml ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
saline 0.45% soln-excel con; sodium chloride 0.45% soln ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
sodium chloride 0.9% solution; sodium chloride 0.9% solution; sodium chloride 0.9% vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
sodium chloride 3% iv soln ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
sodium chloride 5% iv soln ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
SODIUM EDECRIN 50 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
sodium lactate 5 meq/ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
sodium phenylbutyrate powder ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
sodium polystyrene sulfonate (sorbitol free) 15 gram/60 ml oral susp ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
sps 15 gm/60 ml suspension ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
SPS (WITH SORBITOL) 15 GRAM-20 GRAM/60 ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
torsemide 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
TPN ELECTROLYTES 35 MEQ-20 MEQ-5 MEQ/20 ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
TRAVASOL 10 % INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
triamterene-hctz 37.5-25 mg, 50-25 mg cap; triamterene-hctz 37.5-25 mg, 50-25 mg cp; triamterene-hctz 37.5-25 mg, 75-50 mg tab; triamterene-hctz 37.5-25 mg, 75-50 mg tb ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
TROPHAMINE 10 % INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
TROPHAMINE 6% INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
sterile water for irrigation ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	

ENZIMAS - Medicamentos utilizados para tratar enfermedades genéticas

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
ADAGEN 250 UNIT/ML INTRAMUSCULAR SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
CEREZYME 400 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
ELELYSO 200 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (350 cada 30 d<Chr85>as)
ELITEK 1.5 MG, 7.5 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
FABRAZYME 35 MG, 5 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
LUMIZYME 50 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
MYOZYME 50 MG VIAL ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
NAGLAZYME 5 MG/5 ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
STRENSIQ 100 MG/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (38.4 cada 30 d<Chr85>as)
STRENSIQ 40 MG/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
SUCRAID 8,500 UNIT/ML ORAL SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
VPRIV 400 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



PREPARACIONES (EENT) PARA LOS OJOS, EL OÍDO, LA NARIZ Y LA GARGANTA - Medicamentos utilizados para tratar enfermedades de los ojos, los oídos, la nariz y la garganta

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
acetasol hc 1 %-2 % ear drops ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
acetazolamide 125 mg, 250 mg tablet; acetazolamide er 500 mg cap ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
acetazolamide sod 500 mg vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
acetic acid 2% ear solution ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ak-poly-bac eye ointment ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
apraclonidine hcl 0.5% drops ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
atropine 1% eye drops; atropine 1% eye ointment ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
AZASITE 1 % EYE DROPS ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
azelastine 0.1% (137 mcg) spry ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 25 d<Chr85>as)
azelastine hcl 0.05% drops ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
AZOPT 1 % EYE DROPS,SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
bacitracin 500 unit/gm ophth ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
bacitracin-polymyxin eye oint ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
BESIVANCE 0.6 % EYE DROPS,SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
betaxolol hcl 0.5% eye drop ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
BLEPHAMIDE 10 %-0.2 % EYE DROPS,SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
BLEPHAMIDE S.O.P. 10 %-0.2 % EYE OINTMENT ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
brimonidine 0.2% eye drop; brimonidine tartrate 0.15% drp ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
carteolol hcl 1% eye drops ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
chlorhexidine 0.12% rinse ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ciprofloxacin 0.3% eye drop ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
COMBIGAN 0.2 %-0.5 % EYE DROPS ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
CYSTARAN 0.44 % EYE DROPS ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 28 d<Chr85>as)
dexamethasone 0.1% eye drop ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
diclofenac 0.1% eye drops ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
dorzolamide hcl 2% eye drops ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (10 cada 30 d<Chr85>as)
dorzolamide-timolol eye drops ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (10 cada 30 d<Chr85>as)
doxycycline hyclate 20 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
DUREZOL 0.05 % EYE DROPS ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
epinastine hcl 0.05% eye drops ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
erythromycin 0.5% eye ointment ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
flunisolide 0.025% spray ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (50 cada 30 d<Chr85>as)
fluorometholone 0.1% drops ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
flurbiprofen 0.03% eye drop ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
fluticasone prop 50 mcg spray ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (16 cada 30 d<Chr85>as)
garamycin 0.3% eye drops ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
gatifloxacin 0.5% eye drops ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (2.5 cada 25 d<Chr85>as)
gentak 0.3 % (3 mg/gram) eye ointment ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
gentamicin 0.3% eye drops; gentamicin 0.3% eye ointment ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
hydrocortison-acetic acid soln ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ILEVRO 0.3 % EYE DROPS,SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
ipratropium 0.03% spray ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
ipratropium 0.06% spray ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (45 cada 30 d<Chr85>as)
ketorolac 0.4% ophth solution; ketorolac 0.5% ophth solution ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
LACRISERT 5 MG EYE INSERTS ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
latanoprost 0.005% eye drops ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (2.5 cada 25 d<Chr85>as)
levobunolol 0.5% eye drops ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
levofloxacin 0.5% eye drops ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
lidocaine 2% viscous soln; lidocaine hcl 2% jelly; lidocaine hcl 2% jelly; lidocaine hcl 4% solution ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
lidocaine viscous 2 % mucosal solution ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
LUMIGAN 0.01 % EYE DROPS ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (2.5 cada 25 d<Chr85>as)
methazolamide 25 mg, 50 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
metipranolol 0.3% eye drops ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
mometasone furoate 50 mcg spry ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
naphazoline 0.1% eye drops ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
NASONEX 50 MCG/ACTUATION SPRAY ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
neo-polycin 3.5 mg-400 unit-10,000 unit/g eye ointment ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
neo-polycin hc 3.5 mg-400-10,000 unit/g-1 % eye ointment ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
neo-bacit-poly-hc eye ointment ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
neomyc-bacit-polymix eye oint ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
neomyc-polym-dexamet eye ointm; neomyc-polym-dexameth eye drop ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
neomyc-polym-gramicid eye drop ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
neomycin-poly-hc eye drops; neomycin-polymyxin-hc ear soln; neomycin-polymyxin-hc ear susp ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
neosporin (neo-polym-gramicid) 1.75mg-10,000 unit-0.025mg/ml eye drops ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ofloxacin 0.3% ear drops; ofloxacin 0.3% eye drops ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
paroex oral rinse 0.12 % mouthwash ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
PATADAY 0.2 % EYE DROPS ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
PAZEO 0.7 % EYE DROPS ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (2.5 cada 25 d<Chr85>as)
periogard 0.12 % mouthwash ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
PHOSPHOLINE IODIDE 0.125 % EYE DROPS ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
pilocarpine 1% eye drops; pilocarpine 2% eye drops; pilocarpine 4% eye drops ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
polycin 500 unit-10,000 unit/gram eye ointment ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
polymyxin b-tmp eye drops ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
PRED-G 0.3 %-1 % EYE DROPS,SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
PRED-G S.O.P. 0.3 %-0.6 % EYE OINTMENT ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
prednisolone ac 1% eye drop ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
prednisolone sod 1% eye drop ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
proparacaine 0.5% eye drops ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
RESTASIS 0.05 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
sulfacetamide 10% eye drops; sulfacetamide 10% eye ointment ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
sulf-pred 10-0.23% eye drops ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
timolol 0.25% eye drops; timolol 0.25% gel-solution; timolol 0.5% eye drops; timolol 0.5% gel-solution ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
tobramycin 0.3% eye drops ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
tobramycin-dexameth ophth susp ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
TOBREX 0.3 % EYE OINTMENT ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
TRAVATAN Z 0.004 % EYE DROPS ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (2.5 cada 25 d<Chr85>as)
trifluridine 1% eye drops ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
tropicamide 0.5% eye drops; tropicamide 1% eye drops ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
VIGAMOX 0.5 % EYE DROPS ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
ZIRGAN 0.15 % EYE GEL ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (5 cada 30 d<Chr85>as)

MEDICAMENTOS GASTROINTESTINALES - Medicamentos usados para tratar enfermedades estomacales e intestinales

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
alosetron hcl 0.5 mg, 1 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
APRISO 0.375 GRAM CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
balsalazide disodium 750 mg cp ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
CANASA 1,000 MG RECTAL SUPPOSITORY ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
CHENODAL 250 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
CHOLBAM 250 MG, 50 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
cimetidine 200 mg, 300 mg, 400 mg, 800 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
cimetidine 300 mg/5 ml soln ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
compro 25 mg rectal suppository ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
CREON 12,000-38,000-60,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE; CREON 24,000-76,000-120,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE; CREON 3,000-9,500-15,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE; CREON 36,000-114,000-180,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE; CREON 6,000-19,000-30,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
diphenoxylat-atrop 2.5-0.025/5; diphenoxylate-atrop 2.5-0.025 ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
dronabinol 10 mg, 2.5 mg, 5 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D,LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
EMEND 125 MG (1)-80 MG (2) CAPSULES IN A DOSE PACK ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D,LC (6 cada 28 d<Chr85>as)
EMEND 125 MG (25 MG/ML FINAL CONC.) ORAL SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D,LC (3 cada 28 d<Chr85>as)
EMEND 125 MG, 40 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D,LC (2 cada 28 d<Chr85>as)
EMEND 80 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D,LC (4 cada 28 d<Chr85>as)
famotidine 20 mg, 40 mg tablet; famotidine 40 mg/5 ml susp ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
famotidine 20 mg/2 ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
famotidine 20 mg piggyback ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
GATTEX 30-VIAL 5 MG SUBCUTANEOUS KIT ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
GATTEX ONE-VIAL 5 MG SUBCUTANEOUS KIT ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
gavilyte-c 240 gram-22.72 gram-6.72 gram-5.84 gram oral solution ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
gavilyte-g 236 gram-22.74 gram-6.74 gram-5.86 gram oral solution ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
gavilyte-n 420 gram oral solution ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
granisetron hcl 0.1 mg/ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
granisetron hcl 1 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D,LC (28 cada 28 d<Chr85>as)
granisetron hcl 1 mg/ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
lansoprazole dr 15 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
lansoprazole dr 30 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
LIALDA 1.2 GRAM TABLET,DELAYED RELEASE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
LINZESS 145 MCG, 290 MCG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
LOTRONEX 0.5 MG, 1 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
mesalamine 4 gm/60 ml enema ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (1800 cada 30 d<Chr85>as)
mesalamine 4 gm/60 ml kit ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
metoclopramide 10 mg, 5 mg tablet; metoclopramide 10 mg/2 ml syr; metoclopramide 10 mg/2 ml vial; metoclopramide 5 mg/5 ml, 5 mg/ml soln ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
misoprostol 100 mcg, 200 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
omeprazole dr 10 mg, 20 mg, 40 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
ondansetron odt 4 mg, 8 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D,LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
ondansetron 4 mg/5 ml solution ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D,LC (450 cada 30 d<Chr85>as)
ondansetron 40 mg/20 ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ondansetron hcl 24 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
ondansetron hcl 4 mg, 8 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D,LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
ondansetron hcl 4 mg/2 ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
pantoprazole sod dr 20 mg, 40 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
pantoprazole sodium 40 mg vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
peg 3350 electrolyte soln; peg-3350 and electrolytes soln ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
peg-3350 with flavor packs 420 gram oral solution ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
peg 3350-electrolyte solution ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
polyethylene glycol 3350 powd ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
prochlorperazine 25 mg supp ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
prochlorperazine 10 mg/2 ml (5 mg/ml), 5 mg/ml vial; prochlorperazine 10 mg/2 ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
prochlorperazine 10 mg, 5 mg tab; prochlorperazine 10 mg, 5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
PROTONIX 40 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
ranitidine 15 mg/ml syrup; ranitidine 150 mg, 300 mg capsule; ranitidine 150 mg, 300 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
RELISTOR 12 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION; RELISTOR 12 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (36 cada 28 d<Chr85>as)
RELISTOR 150 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
RELISTOR 8 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (12 cada 30 d<Chr85>as)
SANCUSO 3.1 MG/24 HOUR TRANSDERMAL PATCH ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (4 cada 30 d<Chr85>as)
sucrafate 1 gm tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
SUPREP BOWEL PREP KIT 17.5 GRAM-3.13 GRAM-1.6 GRAM ORAL SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
TRANSDERM-SCOP 1.5 MG TRANSDERMAL PATCH (1 MG OVER 3 DAYS) ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (10 cada 30 d<Chr85>as)
trilyte with flavor packets 420 gram oral solution ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
trimethobenzamide 300 mg cap ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ursodiol 250 mg, 500 mg tablet; ursodiol 300 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
VIBERZI 100 MG, 75 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



COMPUESTOS DE ORO - Medicamentos usados para tratar la artritis

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
RIDAURA 3 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	

ANTAGONISTAS DE METALES PESADOS - Medicamentos utilizados para tratar niveles altos de metal en la sangre

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
CHEMET 100 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
CUPRIMINE 250 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
EXJADE 125 MG, 250 MG, 500 MG DISPERSIBLE TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
SYPRINE 250 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	

HORMONAS Y SUSTITUTOS SINTÉTICOS - Medicamentos utilizados para tratar desequilibrios hormonales

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>a-hydrocort 100 mg solution for injection</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>acarbose 100 mg, 25 mg, 50 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>altavera (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>amabelz 0.5 mg-0.1 mg tablet; amabelz 1 mg-0.5 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>amethia lo 0.10 mg-20 mcg (84)/10 mcg(7) tablets, 3 month dose pack</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (91 cada 90 d<Chr85>as)
ANADROL-50 50 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
ANDROGEL 1.62 % (20.25 MG/1.25 GRAM) TRANSDERMAL GEL PACKET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (37.5 cada 30 d<Chr85>as)
ANDROGEL 1.62 % (40.5 MG/2.5 GRAM) TRANSDERMAL GEL PACKET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (150 cada 30 d<Chr85>as)
ANDROGEL 20.25 MG/1.25 GRAM (1.62 %) TRANSDERMAL GEL PUMP ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
<i>androxy 10 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>apri 0.15 mg-0.03 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>aranelle (28) 0.5 mg/1 mg/0.5 mg-35 mcg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>aubra 0.1 mg-20 mcg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
AVANDIA 2 MG, 4 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
AVANDIA 8 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
aviane 0.1 mg-20 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
azurette (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
bekyree (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
blisovi fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
blisovi fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
budesonide ec 3 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
calcitonin-salmon 200 units sp ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
camila 0.35 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
CAMRESE LO 0.10 MG-20 MCG (84)/10 MCG(7) TABLETS,3 MONTH DOSE PACK ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (91 cada 90 d<Chr85>as)
caziant (28) 0.1 mg/0.125 mg/0.15 mg-25 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
chorionic gonad 10,000 unit vl ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
cortisone 25 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
cryselle (28) 0.3 mg-30 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
cyclafem 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
cyclafem 7/7/7 (28) 0.5 mg/0.75 mg/1 mg-35 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
cyred 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
CYTOMEL 25 MCG, 5 MCG, 50 MCG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
danazol 100 mg, 200 mg, 50 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
dasetta 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
dasetta 7/7/7 (28) 0.5 mg(7)/0.75 mg(7)/1 mg(7)-35 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
deblitane 0.35 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
delyla (28) 0.1 mg-20 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
DEPO-ESTRADIOL 5 MG/ML INTRAMUSCULAR OIL ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
desmopressin 0.01% solution; desmopressin 0.1 mg/ml sol; desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr; desmopressin ac 0.1 mg/ml (refrigerate), 4 mcg/ml vial; desmopressin acetate 0.1 mg, 0.2 mg tb ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
desogestr-eth estrad eth estra ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
desogestrel-ethinyl estrad tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
dexamethasone 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg tablet; dexamethasone 0.5 mg/5 ml elx; dexamethasone 0.5 mg/5 ml liq ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
DEXAMETHASONE INTENSOL 1 MG/ML DROPS (CONCENTRATE) ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
dexamethasone 4 mg/ml syringe; dexamethasone 4 mg/ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
drosiprenone-ee 3-0.02 mg, 3-0.03 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
DUAVEE 0.45 MG-20 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
EGRIFTA 1 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
EGRIFTA 2 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
elinest 0.3 mg-30 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ELLA 30 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (1 cada 30 d<Chr85>as)
emoquette 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
enpresse 50-30 (6)/75-40(5)/125-30(10) tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
enskyce 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
errin 0.35 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
estradiol 0.0375 mg/day patch; estradiol 0.05 mg/day patch; estradiol 0.06 mg/day patch; estradiol 0.075 mg/day patch; estradiol 0.1 mg/day patch; estradiol tds 0.025 mg/day ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (4 cada 28 d<Chr85>as)
estradiol 0.5 mg, 1 mg, 2 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
estradiol valerate 20 mg/ml, 40 mg/ml vl ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
estradiol-noreth 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg tab; estradiol-noreth 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg tb ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
estropipate 0.625(0.75 mg, 1.5 mg, 3 mg) tab; estropipate 1.25(0.75 mg, 1.5 mg, 3 mg) tab; estropipate 2.5(0.75 mg, 1.5 mg, 3 mg) tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
falmina (28) 0.1 mg-20 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
FEMCON FE 0.4 MG-35 MCG (21)/75 MG (7) CHEWABLE TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
fludrocortisone 0.1 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
FORTEO 20 MCG/DOSE (600 MCG/2.4 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	TP
FORTICAL 200 UNITS NASAL SPRAY ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
GIANVI (28) 3 MG-20 MCG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
gildess 1.5 mg-30 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
gildess 1 mg-20 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
gildess fe 1.5-30 tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
gildess fe 1-20 tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
glimepiride 1 mg, 2 mg, 4 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
glipizide 10 mg, 5 mg tablet; glipizide er 10 mg, 2.5 mg, 5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
glipizide-metformin 2.5-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
GLUCAGEN HYPOKIT 1 MG INJECTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
GLUCAGON EMERGENCY KIT (HUMAN-RECOMB) 1 MG INJECTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
GLYSET 100 MG, 25 MG, 50 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
GLYXAMBI 10 MG-5 MG TABLET; GLYXAMBI 25 MG-5 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
heather 0.35 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
hydrocortisone 10 mg, 20 mg, 5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
INCRELEX 10 MG/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
introvale 0.15 mg-30 mcg tablets, 3 month dose pack ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (91 cada 90 d<Chr85>as)
INVOKAMET 150 MG-1,000 MG TABLET; INVOKAMET 150 MG-500 MG TABLET; INVOKAMET 50 MG-1,000 MG TABLET; INVOKAMET 50 MG-500 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
INVOKANA 100 MG, 300 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
JANUMET 50 MG-1,000 MG TABLET; JANUMET 50 MG-500 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
JANUMET XR 100 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
JANUMET XR 50 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE; JANUMET XR 50 MG-500 MG TABLET, EXTENDED RELEASE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
JANUVIA 100 MG, 25 MG, 50 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
JARDIANCE 10 MG, 25 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
jencycla 0.35 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
JENTADUETO 2.5 MG-1,000 MG TABLET; JENTADUETO 2.5 MG-500 MG TABLET; JENTADUETO 2.5 MG-850 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
JENTADUETO XR 2.5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
JENTADUETO XR 5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
juleber 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
junel 1.5/30 (21) 1.5 mg-30 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
junel 1/20 (21) 1 mg-20 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
junel fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
junel fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
kariva (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
kelnor 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
kimidess (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
KORLYM 300 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
kurvelo 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
levono-e estrad 0.10-0.02-0.01 ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (91 cada 90 d<Chr85>as)
LANTUS 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
LANTUS SOLOSTAR 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS INSULIN PEN ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
larin 1.5/30 (21) 1.5 mg-30 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
larin 1/20 (21) 1 mg-20 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
larin fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
larin fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
larissia 0.1 mg-20 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
lessina 0.1 mg-20 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
LEVEMIR 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
LEVEMIR FLEXTOUCH 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS INSULIN PEN ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
levonest (28) 50-30 (6)/75-40(5)/125-30(10) tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
levonor-eth estrad triphasic ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
levonor-eth estrad 0.1-0.02 mg; levonor-eth estrad 0.15-0.03 ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
levonor-eth estrad 0.15-0.03 ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (91 cada 90 d<Chr85>as)
levora-28 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
levothyroxine 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
LEVOXYL 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
liothyronine sod 10 mcg/ml vl; liothyronine sod 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
loryna (28) 3 mg-20 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
low-ogestrel (28) 0.3 mg-30 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
lutra (28) 0.1 mg-20 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
lyza 0.35 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
marlissa 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
medroxyprogesterone 10 mg, 2.5 mg, 5 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
medroxyprogesterone 150 mg/ml ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (1 cada 90 d<Chr85>as)
MENEST 0.3 MG, 0.625 MG, 1.25 MG, 2.5 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
metformin hcl 1,000 mg, 500 mg, 850 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
metformin hcl er 500 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
metformin hcl er 750 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
methimazole 10 mg, 5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
METHITEST 10 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
methylprednisolone 16 mg, 32 mg, 4 mg, 4 mg, 8 mg dosepk; methylprednisolone 16 mg, 32 mg, 4 mg, 4 mg, 8 mg tab; methylprednisolone 16 mg, 32 mg, 4 mg, 4 mg, 8 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
methylprednisolone 40 mg/ml, 80 mg/ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
methylprednisolone 1,000 mg, 125 mg, 40 mg vial; methylprednisolone ss 1 gm vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
methyltestosterone 10 mg cap ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
MIACALCIN 200 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
MICROGESTIN 1.5/30 (21) 1.5 MG-30 MCG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
microgestin 1/20 (21) 1 mg-20 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
MICROGESTIN FE 1.5/30 (28) 1.5 MG-30 MCG (21)/75 MG (7) TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
MICROGESTIN FE 1/20 (28) 1 MG-20 MCG (21)/75 MG (7) TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
miglitol 100 mg, 25 mg, 50 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
mimvey 1 mg-0.5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
MYALEPT 5 MG/ML (FINAL CONCENTRATION) SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
myzilra 50-30 (6)/75-40(5)/125-30(10) tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
nateglinide 120 mg, 60 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
NATPARA 100 MCG/DOSE, 25 MCG/DOSE, 50 MCG/DOSE, 75 MCG/DOSE SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (2 cada 28 d<Chr85>as)
necon 0.5/35 (28) 0.5 mg-35 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
necon 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
necon 10/11 (28) 0.5 mg-35 mcg(10)/1 mg-35 mcg(11) tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
nikki (28) 3 mg-20 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
norethindrone 0.35 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
norethind-eth estrad 1-0.02 mg ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
norethindrone 5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
noreth-estradiol 1-0.02(21)-75 ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
norg-ee 0.18-0.215-0.25/0.025; norg-ee 0.18-0.215-0.25/0.035; norg-ethin estra 0.25-0.035 mg ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>norlyroc 0.35 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>nortrel 0.5/35 (28) 0.5 mg-35 mcg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>nortrel 1/35 (21) 1 mg-35 mcg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>nortrel 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>nortrel 7/7/7 (28) 0.5 mg/0.75 mg/1 mg-35 mcg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
NOVOLIN 70/30 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLIN N 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLIN R 100 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLOG 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLOG FLEXPEN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLOG MIX 70-30 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS PEN ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLOG PENFILL 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
<i>octreotide 1,000 mcg/ml, 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml vial; octreotide acet 1,000 mcg/ml, 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml vial; octreotide acet 1,000 mcg/ml, 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml vial</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	AP
<i>ogestrel (28) 0.5 mg-50 mcg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
OMNITROPE 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE; OMNITROPE 5.8 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
<i>orsythia 0.1 mg-20 mcg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>oxandrolone 10 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
<i>oxandrolone 2.5 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
<i>pimtrea (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>pioglitazone hcl 15 mg, 30 mg, 45 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
<i>pioglitazone-glimepiride 30-2; pioglitazone-glimepiride 30-4</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
<i>pioglitazone-metformin 15-500; pioglitazone-metformin 15-850</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
<i>pirmella 0.5/0.75/1 mg-35 mcg tablet; pirmella 1 mg-35 mcg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>portia 0.15 mg-0.03 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>prednisolone 15 mg/5 ml soln; prednisolone 5 mg/5 ml soln; prednisolone sod ph 25 mg/5 ml</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>prednisone 1 mg, 10 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 5 mg, 50 mg tab dose pack; prednisone 1 mg, 10 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 5 mg, 50 mg tablet; prednisone 5 mg/5 ml solution</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
PREDNISONE INTENSOL 5 MG/ML ORAL CONCENTRATE ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
PREMARIN 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG TABLET; PREMARIN 0.625 MG/GRAM VAGINAL CREAM ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
PREMPHASE 0.625 MG(14)/0.625 MG-5MG(14) TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
PREMPRO 0.3 MG-1.5 MG TABLET; PREMPRO 0.45 MG-1.5 MG TABLET; PREMPRO 0.625 MG-2.5 MG TABLET; PREMPRO 0.625 MG-5 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
<i>previfem 0.25 mg-35 mcg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>progesterone 100 mg, 200 mg capsule</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
PROGLYCEM 50 MG/ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
<i>propylthiouracil 50 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>quasense 0.15 mg-30 mcg tablets,3 month dose pack</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (91 cada 90 d<Chr85>as)
<i>raloxifene hcl 60 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
<i>reclipsen (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>repaglinide 0.5 mg, 1 mg, 2 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
SANDOSTATIN LAR DEPOT 10 MG, 20 MG, 30 MG INTRAMUSCULAR KIT; SANDOSTATIN LAR DEPOT 10 MG, 20 MG, 30 MG INTRAMUSCULAR SUSP,EXTENDED RELEASE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
SEROSTIM 4 MG, 5 MG, 6 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
<i>setlakin 0.15 mg-30 mcg tablets,3 month dose pack</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (91 cada 90 d<Chr85>as)
<i>sharobel 0.35 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
SIGNIFOR 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
SOLU-MEDROL 1,000 MG, 2 GRAM INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
SOLU-MEDROL (PF) 125 MG/2 ML, 40 MG/ML, 500 MG/4 ML INTRAVENOUS SOLUTION; SOLU-MEDROL (PF) 125 MG/2 ML, 40 MG/ML, 500 MG/4 ML SOLUTION FOR INJECTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
SOMATULINE DEPOT 120 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (0.5 cada 28 d<Chr85>as)
SOMATULINE DEPOT 60 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (0.2 cada 28 d<Chr85>as)
SOMATULINE DEPOT 90 MG/0.3 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (0.3 cada 28 d<Chr85>as)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
SOMAVERT 10 MG, 15 MG, 20 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
SOMAVERT 25 MG, 30 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
sprintec (28) 0.25 mg-35 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
sronyx 0.1 mg-20 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
STIMATE 150 MCG/SPRAY (0.1 ML) NASAL SPRAY ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
syeda 3 mg-0.03 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
SYMLINPEN 120 2,700 MCG/2.7 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (10.8 cada 30 d<Chr85>as)
SYMLINPEN 60 1,500 MCG/1.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (10.5 cada 30 d<Chr85>as)
SYNAREL 2 MG/ML NASAL SPRAY ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
SYNJARDY 12.5 MG-1,000 MG TABLET; SYNJARDY 12.5 MG-500 MG TABLET; SYNJARDY 5 MG-1,000 MG TABLET; SYNJARDY 5 MG-500 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
SYNTHROID 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
tarina fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
testosteron cyp 1,000 mg/10 ml; testosterone cyp 100 mg/ml, 200 mg/ml ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
testosterone enan 200 mg/ml ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
TESTRED 10 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
THYROLAR-1 12.5 MCG-50 MCG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
THYROLAR-1/2 6.25 MCG-25 MCG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
THYROLAR-1/4 3.1 MCG-12.5 MCG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
THYROLAR-2 25 MCG-100 MCG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
THYROLAR-3 37.5 MCG-150 MCG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
TILIA FE 1-20 (5)/1-30(7)/1MG-35MCG(9) TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
tolazamide 250 mg, 500 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
tolbutamide 500 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
TOUJEO SOLOSTAR 300 UNIT/ML (1.5 ML) SUBCUTANEOUS INSULIN PEN ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
TRADJENTA 5 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
TRESIBA FLEXTOUCH U-100 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS INSULIN PEN ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
TRESIBA FLEXTOUCH U-200 200 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS INSULIN PEN ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (27 cada 30 d<Chr85>as)
tri-legest fe 1-20 (5)/1-30(7)/1mg-35mcg(9) tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
tri-lo-estarylla 0.18 mg/0.215 mg/0.25 mg-25 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
tri-lo-sprintec 0.18 mg/0.215 mg/0.25 mg-25 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
tri-previfem (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
tri-sprintec (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
TRINESSA (28) 0.18 MG(7)/0.215 MG(7)/0.25 MG(7)-35 MCG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
TRINESSA LO 0.18 MG/0.215 MG/0.25 MG-25 MCG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
trivora (28) 50-30 (6)/75-40(5)/125-30(10) tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
TRULICITY 0.75 MG/0.5 ML, 1.5 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (2 cada 28 d<Chr85>as)
UNITHROID 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
velivet triphasic regimen (28) 0.1 mg/0.125 mg/0.15 mg-25 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
VERIPRED 20 20 MG/5 ML (4 MG/ML) ORAL SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
vestura (28) 3 mg-20 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
VICTOZA 2-PAK 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (9 cada 30 d<Chr85>as)
VICTOZA 3-PAK 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (9 cada 30 d<Chr85>as)
vienva 0.1 mg-20 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
viorele (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
wera (28) 0.5 mg-35 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
WYMZYA FE 0.4 MG-35 MCG (21)/75 MG (7) CHEWABLE TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
zarah 3 mg-0.03 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
zenchent fe 0.4 mg-35 mcg (21)/75 mg (7) chewable tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
zeosa chewable tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
zovia 1/35e (28) 1 mg-35 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
zovia 1/50e (28) 1 mg-50 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.

ANESTESIAS LOCALES (PARENTERALES) - Medicamentos utilizados para aliviar dolores locales

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
lidocaine hcl 0.5% vial; lidocaine hcl 1% ampul; lidocaine hcl 2% vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
lidocaine hcl 1% vial; lidocaine hcl 2% vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	

AGENTES TERAPÉUTICOS VARIOS - Medicamentos utilizados para tratar artritis y otras enfermedades como esclerosis múltiple y osteoporosis

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
acetylcysteine 6 gram/30 ml vl ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ACTIMMUNE 100 MCG (2 MILLION UNIT)/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
alendronate sodium 10 mg, 40 mg, 5 mg tab; alendronate sodium 10 mg, 40 mg, 5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
alendronate sodium 35 mg, 70 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (4 cada 28 d<Chr85>as)
allopurinol 100 mg, 300 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
amifostine 500 mg vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
AMPYRA 10 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
ARCALYST 220 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
ATELVIA 35 MG TABLET,DELAYED RELEASE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
AVODART 0.5 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
AVONEX 30 MCG/0.5 ML, 30 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR PEN INJECTOR; AVONEX 30 MCG/0.5 ML, 30 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR PEN KIT; AVONEX 30 MCG/0.5 ML, 30 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE; AVONEX 30 MCG/0.5 ML, 30 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (2 cada 28 d<Chr85>as)
AVONEX (WITH ALBUMIN) 30 MCG INTRAMUSCULAR KIT ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (4 cada 28 d<Chr85>as)
AZASAN 100 MG, 75 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
azathioprine 50 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
azathioprine sod 100 mg vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
BENLYSTA 120 MG, 400 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 28 d<Chr85>as)
CELLCEPT 200 MG/ML ORAL SUSPENSION; CELLCEPT 250 MG CAPSULE; CELLCEPT 500 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
CELLCEPT INTRAVENOUS 500 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
CERDELGA 84 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
CINRYZE 500 UNIT (5 ML) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (100 cada 30 d<Chr85>as)
<i>colchicine 0.6 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
COLCRYS 0.6 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
COPAXONE 20 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
COPAXONE 40 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (12 cada 28 d<Chr85>as)
<i>cyclosporine 100 mg, 25 mg capsule; cyclosporine 50 mg/ml ampul</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
<i>cyclosporine 100 mg/ml soln; cyclosporine modified 100 mg, 25 mg, 50 mg</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
CYSTADANE 1 GRAM/1.7 ML ORAL POWDER ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
CYSTAGON 150 MG, 50 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
DEMSEER 250 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
<i>dexrazoxane 250 mg, 500 mg vial</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
<i>disulfiram 250 mg, 500 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>dutasteride 0.5 mg capsule</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
<i>dutasteride-tamsulosin 0.5-0.4</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
ELMIRON 100 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
ENBREL 25 MG (1 ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION; ENBREL 50 MG/ML (0.98 ML) SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (8 cada 28 d<Chr85>as)
ENBREL 25 MG/0.5 ML (0.51 ML) SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (4.08 cada 28 d<Chr85>as)
ENBREL SURECLICK 50 MG/ML (0.98 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (8 cada 28 d<Chr85>as)
<i>etidronate disodium 200 mg, 400 mg tab</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
EXONDYS 51 50 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
<i>finasteride 5 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
FIRAZYR 30 MG/3 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (9 cada 30 d<Chr85>as)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
fomepizole 1.5 gm/1.5 ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
FUSILEV 50 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
gengraf 100 mg, 25 mg, 50 mg capsule; gengraf 100 mg/ml oral solution ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
GILENYA 0.5 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
HUMIRA 10 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (0.4 cada 28 d<Chr85>as)
HUMIRA 20 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (2.4 cada 28 d<Chr85>as)
HUMIRA 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (4.8 cada 28 d<Chr85>as)
HUMIRA PEDIATRIC CROHN'S STARTER 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (4.8 cada 28 d<Chr85>as)
HUMIRA PEN 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (4.8 cada 28 d<Chr85>as)
HUMIRA PEN CROHN'S-ULC COLITIS-HIDR SUP STARTER 40 MG/0.8 ML SUB-Q KIT ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (4.8 cada 28 d<Chr85>as)
HUMIRA PEN PSORIASIS-UVEITIS STARTER 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS KIT ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (4.8 cada 28 d<Chr85>as)
IMURAN 50 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
JALYN 0.5 MG-0.4 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
KUVAN 100 MG SOLUBLE TABLET; KUVAN 100 MG, 500 MG ORAL POWDER PACKET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
leflunomide 10 mg, 20 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
leucovorin calcium 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
leucovorin calcium 100 mg, 200 mg, 350 mg, 500 mg vial; leucovorin calcium 100 mg, 200 mg, 350 mg, 500 mg vl ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
levocarnitine 200 mg/ml vial; levocarnitine 330 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
levocarnitine 100 mg/ml soln ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
levoleucovorin 10 mg/ml, 50 mg vial; levoleucovorin 250 mg/25 ml vl ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	AP
mesna 1 gram/10 ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
MESNEX 400 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
mycophenolate 200 mg/ml susp; mycophenolate 250 mg capsule; mycophenolate 500 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
mycophenolic acid dr 180 mg, 360 mg tb ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
MYFORTIC 180 MG, 360 MG TABLET, DELAYED RELEASE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
NULOJIX 250 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP, LC (200 cada 30 d<Chr85>as)
ORFADIN 10 MG, 2 MG, 20 MG, 5 MG CAPSULE; ORFADIN 4 MG/ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
<i>pamidronate 30 mg/10 ml vial; pamidronate 60 mg/10 ml vial; pamidronate 90 mg/10 ml vial</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
PROGRAF 5 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
PROLIA 60 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
RAPAMUNE 0.5 MG, 1 MG, 2 MG TABLET; RAPAMUNE 1 MG/ML ORAL SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
REMICADE 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
<i>risedronate sod dr 35 mg tab</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
SANDIMMUNE 100 MG/ML ORAL SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
SENSIPAR 30 MG, 60 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
SENSIPAR 90 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (120 cada 30 d<Chr85>as)
SIMPONI 100 MG/ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR; SIMPONI 100 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP, LC (3 cada 30 d<Chr85>as)
SIMULECT 10 MG, 20 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
<i>sirolimus 0.5 mg, 1 mg, 2 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
<i>fluoride 1 mg tablet chewable</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>tacrolimus 0.5 mg, 1 mg, 5 mg capsule</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
THALOMID 100 MG, 200 MG, 50 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP, LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
THALOMID 150 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP, LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
THIOLA 100 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
THYMOGLOBULIN 25 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
TYBOST 150 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
TYSABRI 300 MG/15 ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
XGEVA 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP, LC (1.7 cada 28 d<Chr85>as)
ZAVESCA 100 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (90 cada 30 d<Chr85>as)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
zoledronic acid 4 mg, 4 mg/5 ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (15 cada 21 d<Chr85>as)
zoledronic acid 5 mg/100 ml; zoledronic acid 5 mg/100 ml ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (100 cada 365 d<Chr85>as)
ZORTRESS 0.25 MG, 0.75 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
ZORTRESS 0.5 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D,LC (120 cada 30 d<Chr85>as)

Medicamentos radiológicos no pertenecientes a la Parte D - Medicamentos radiológicos no pertenecientes a la Parte D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
AEROCHAMBER MINI (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
AEROCHAMBER MV (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
AEROCHAMBER WITH FLOWSIGNAL (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
AEROGear ASTHMA ACTION KIT (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
AEROTRACH PLUS (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
AQUASOL A (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
ASTHMAPACK CHILDREN'S (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
BREATHERITE (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
BREATHRITE (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
CALCIUM CHLORIDE (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
CAMRESE (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
CETROTIDE (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
CHROMIUM (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
COPPER CHLORIDE (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
CYANOCOBALAMIN INJECTION (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
DEXFERRUM (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
DRISDOL (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
EASIVENT (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
ENDOMETRIN (*) EC	\$0 (Nivel 3)	
E-Z SPACER (*) EC	\$0 (Nivel 3)	
FERAHEME (*) EC	\$0 (Nivel 3)	
FERRLECIT (*) EC	\$0 (Nivel 3)	
FOLIC ACID (*) EC	\$0 (Nivel 3)	
GANIRELIX ACETATE (*) EC	\$0 (Nivel 3)	
HYDROXOCOBALAMIN (*) EC	\$0 (Nivel 3)	
INFED (*) EC	\$0 (Nivel 3)	
INFUVITE (*) EC	\$0 (Nivel 3)	
INFUVITE ADULT (*) EC	\$0 (Nivel 3)	
INSPIRACHAMBER (*) EC	\$0 (Nivel 3)	
LITEAIRE (*) EC	\$0 (Nivel 3)	
LITETOUCH (*) EC	\$0 (Nivel 3)	
M.V.I. PEDIATRIC (*) EC	\$0 (Nivel 3)	
MAGNESIUM SULFATE (*) EC	\$0 (Nivel 3)	
MANGANESE (*) EC	\$0 (Nivel 3)	
MEPHYTON (*) EC	\$0 (Nivel 3)	
MICROCHAMBER (*) EC	\$0 (Nivel 3)	
MICROSPACER (*) EC	\$0 (Nivel 3)	
MONAGHAN Z STAT (*) EC	\$0 (Nivel 3)	
NASCOBAL (*) EC	\$0 (Nivel 3)	
OPTICHAMBER (*) EC	\$0 (Nivel 3)	
OPTICHAMBER DIAMOND (*) EC	\$0 (Nivel 3)	
POCKET CHAMBER (*) EC	\$0 (Nivel 3)	
PRIMEAIRE (*) EC	\$0 (Nivel 3)	
PROCHAMBER (*) EC	\$0 (Nivel 3)	
PYRIDOXINE HCL (*) EC	\$0 (Nivel 3)	
RENACIDIN (*) EC	\$0 (Nivel 3)	
RITEFLO (*) EC	\$0 (Nivel 3)	
SILICONE MASK (*) EC	\$0 (Nivel 3)	
SODIUM CHLORIDE (*) EC	\$0 (Nivel 3)	
SODIUM PHOSPHATE (*) EC	\$0 (Nivel 3)	
THIAMINE HCL (*) EC	\$0 (Nivel 3)	
VENOFER (*) EC	\$0 (Nivel 3)	
VITAMIN D2 (*) EC	\$0 (Nivel 3)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
VITAMIN K1 (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
VORTEX (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
VORTEX VHC FROG MASK (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
VORTEX VHC LADYBUG MASK (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
WATER (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
ZINC CHLORIDE (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	

MEDICAMENTOS DE VENTA SIN RECETA MÉDICA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
calcium acetate 667 mg gelcap; calcium acetate 667 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
cetirizine hcl 1 mg/ml soln ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (300 cada 30 d<Chr85>as)
clotrimazole 1% cream; clotrimazole 1% solution; clotrimazole 10 mg troche ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
hydrocortisone 1% cream; hydrocortisone 1% ointment; hydrocortisone 100 mg/60 ml; hydrocortisone 2.5% cream; hydrocortisone 2.5% lotion; hydrocortisone 2.5% ointment ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
loperamide 2 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
meclizine 12.5 mg, 25 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
polyethylene glycol 3350 powd ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	

OXITÓXICOS - Medicamentos utilizados para aliviar las hemorragias postparto

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
methergine 0.2 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
methylergonovine 0.2 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.

AYUDAS FARMACÉUTICAS - Insumos utilizados para tratar heridas y otras afecciones

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
BAND-AID GAUZE PADS 2" X 2" BANDAGE ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
BORDERED GAUZE 2" X 2" BANDAGE ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
CURITY GAUZE 2" X 2" BANDAGE ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
DERMACEA 2" X 2" BANDAGE ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
GAUZE PADS 2"X2" ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
GAUZE PAD 2" X 2" BANDAGE ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
STERILE GAUZE PAD 2" X 2" BANDAGE ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	

AGENTES DEL TRACTO RESPIRATORIO - Medicamentos usados para tratar el asma

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
acetylcysteine 10% vial; acetylcysteine 20% vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
ADEMPAS 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
ARALAST NP 1,000 MG, 500 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
ASMANEX HFA 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
ASMANEX TWISTHALER 110 MCG (30 DOSES), 110 MCG (7 DOSES), 220 MCG (120 DOSES), 220 MCG (14 DOSES), 220 MCG (30 DOSES), 220 MCG (60 DOSES) BREATH ACTIVATED ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
budesonide 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml susp ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
cromolyn 100 mg/5 ml oral conc; cromolyn 4% eye drops ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
cromolyn 20 mg/2 ml neb soln ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
DALIRESP 500 MCG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
DULERA 100 MCG-5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER; DULERA 200 MCG-5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
ESBRIET 267 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (270 cada 30 d<Chr85>as)
GLASSIA 1 GRAM/50 ML (2 %) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
KALYDECO 150 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
KALYDECO 50 MG, 75 MG ORAL GRANULES IN PACKET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (56 cada 28 d<Chr85>as)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
LETAIRIS 10 MG, 5 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
montelukast sod 10 mg tablet; montelukast sod 4 mg granules; montelukast sod 4 mg, 5 mg tab chew ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
OFEV 100 MG, 150 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
OPSUMIT 10 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
ORKAMBI 100 MG-125 MG TABLET; ORKAMBI 200 MG-125 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (112 cada 28 d<Chr85>as)
PULMOZYME 1 MG/ML SOLUTION FOR INHALATION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D,LC (150 cada 30 d<Chr85>as)
REMODULIN 1 MG/ML, 10 MG/ML, 2.5 MG/ML, 5 MG/ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
SYMBICORT 160 MCG-4.5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER; SYMBICORT 80 MCG-4.5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
TRACLEER 125 MG, 62.5 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
XOLAIR 150 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (7.2 cada 28 d<Chr85>as)
zafirlukast 10 mg, 20 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)

AGENTES DE LA PIEL Y LA MEMBRANA MUCOSA - Medicamentos utilizados para tratar problemas de la piel

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
8-MOP 10 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
acitretin 10 mg, 17.5 mg, 25 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
acyclovir 5% ointment ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	AP
alclometasone dipr 0.05% oint; alclometasone dipro 0.05% crm ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ALCOHOL PADS ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ALCOHOL PREP PADS ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ALCOHOL PREP SWABS ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ALCOHOL 70% SWABS ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ALCOHOL WIPES ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ALTABAX 1 % TOPICAL OINTMENT ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
amcinonide 0.1% cream; amcinonide 0.1% lotion; amcinonide 0.1% ointment ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ammonium lactate 12% cream; ammonium lactate 12% lotion ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
BD ALCOHOL SWABS ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
betamethasone dp 0.05% crm; betamethasone dp 0.05% lot; betamethasone dp 0.05% oint ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
betamethasone va 0.1% cream; betamethasone va 0.1% lotion; betamethasone valer 0.1% ointm ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
betamethasone dp aug 0.05% crm; betamethasone dp aug 0.05% lot; betamethasone dp aug 0.05% oin ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
calcipotriene 0.005% ointment ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
calcipotriene 0.005% solution ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
ciclodan 8 % topical solution ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ciclopirox 0.77% cream; ciclopirox 0.77% gel; ciclopirox 0.77% topical susp; ciclopirox 1% shampoo; ciclopirox 8% solution ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
claravis 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
clindamycin 2% vaginal cream; clindamycin ph 1% gel; clindamycin ph 1% solution; clindamycin phos 1% pledget; clindamycin phosp 1% lotion ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
clinda-benzoyl perox 1-5% pump; clindamycin-benzoyl perox 1-5% ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
clobetasol 0.05% cream; clobetasol 0.05% gel; clobetasol 0.05% ointment; clobetasol 0.05% solution ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
clobetasol emollient 0.05% crm ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
clotrimazole 1% cream; clotrimazole 1% solution; clotrimazole 10 mg troche ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
clotrimazole-betamethasone crm; clotrimazole-betamethasone lot ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
colocort 100 mg/60 ml enema ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
cormax 0.05 % scalp solution ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
CORTIFOAM 10 % (80 MG) RECTAL ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
COSENTYX 150 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (2 cada 28 d<Chr85>as)
COSENTYX (2 SYRINGES) 300 MG (150 MG/ML) SUBCUTANEOUS ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (2 cada 28 d<Chr85>as)
COSENTYX PEN 150 MG/ML SUBCUTANEOUS ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (2 cada 28 d<Chr85>as)
COSENTYX PEN (2 PENS) 300 MG (150 MG/ML) SUBCUTANEOUS ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (2 cada 28 d<Chr85>as)
CURITY ALCOHOL SWABS ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
DENAVIR 1 % TOPICAL CREAM ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
desonide 0.05% cream; desonide 0.05% lotion; desonide 0.05% ointment ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
desoximetasone 0.05% cream; desoximetasone 0.05% gel; desoximetasone 0.05% ointment; desoximetasone 0.25% cream; desoximetasone 0.25% ointment ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
econazole nitrate 1% cream ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ELIDEL 1 % TOPICAL CREAM ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
ery pads 2 % topical swab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
erythromycin 2% gel; erythromycin 2% pledgets; erythromycin 2% solution ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
erythromycin-benzoyl gel ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
EURAX 10 % LOTION; EURAX 10 % TOPICAL CREAM ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
fluocinolone 0.01% cream; fluocinolone 0.01% solution; fluocinolone 0.025% cream; fluocinolone 0.025% ointment ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
fluocinolone 0.01% scalp oil ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
fluocinonide 0.05% cream; fluocinonide 0.05% gel; fluocinonide 0.05% ointment; fluocinonide 0.05% solution ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
fluocinonide-e 0.05 % topical cream ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
fluorouracil 2% topical soln; fluorouracil 5% cream; fluorouracil 5% top solution ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
fluticasone prop 0.005% oint; fluticasone prop 0.05% cream ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
gentamicin 0.1% cream; gentamicin 0.1% ointment ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
halobetasol prop 0.05% cream; halobetasol prop 0.05% ointmnt ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
HALOG 0.1 % TOPICAL CREAM; HALOG 0.1 % TOPICAL OINTMENT ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
hydrocortisone 1% cream; hydrocortisone 1% ointment; hydrocortisone 100 mg/60 ml; hydrocortisone 2.5% cream; hydrocortisone 2.5% lotion; hydrocortisone 2.5% ointment ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
hydrocortisone buty 0.1% cream; hydrocortisone butyr 0.1% oint; hydrocortisone butyr 0.1% soln ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
hydrocortisone val 0.2% cream; hydrocortisone val 0.2% ointmt ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
imiquimod 5% cream packet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (12 cada 30 días)
INCONTROL ALCOHOL PADS ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
IV PREP WIPES MEDICATED ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
KENALOG 0.147 MG/GRAM TOPICAL AEROSOL ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
KEPIVANCE 6.25 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
ketoconazole 2% cream; ketoconazole 2% shampoo ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
lidocaine 5% ointment ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
lidocaine 5% patch ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (90 cada 30 d<Chr85>as)
lidocaine-prilocaine cream ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
lindane 1% lotion; lindane 1% shampoo ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
malathion 0.5% lotion ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
MENTAX 1 % TOPICAL CREAM ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
methoxsalen 10 mg softgel ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
metronidazole 0.75% cream; metronidazole 0.75% lotion; metronidazole topical 0.75% gl; metronidazole vaginal 0.75% gl ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
miconazole-3 200 mg vaginal suppository ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
mometasone furoate 0.1% cream; mometasone furoate 0.1% oint; mometasone furoate 0.1% soln ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
mupirocin 2% ointment ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
mupirocin 2% cream ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
neomy-polymyxin b 40 mg/ml amp ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
nyamyc 100,000 unit/gram topical powder ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
nystatin 100,000 unit/gm cream; nystatin 100,000 unit/gm powd; nystatin 100,000 units/gm oint ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
nystatin-triamcinolone cream; nystatin-triamcinolone ointm ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
nystop 100,000 unit/gram topical powder ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
oralone 0.1 % dental paste ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
OXSORALEN 1 % LOTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
PANRETIN 0.1 % TOPICAL GEL ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
permethrin 5% cream ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
podofilox 0.5% topical soln ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
prednicarbate 0.1% cream; prednicarbate 0.1% ointment ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
PRO COMFORT ALCOHOL PADS ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
procto-med hc 2.5 % topical cream perineal applicator ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
procto-pak 1 % topical cream perineal applicator ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
PROCTOSOL HC 2.5 % TOPICAL CREAM PERINEAL APPLICATOR ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
proctozone-hc 2.5 % topical cream perineal applicator ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
RECTIV 0.4 % (W/W) OINTMENT ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>regranex 0.01 % topical gel</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
<i>santyl 250 unit/gram topical ointment</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
<i>silver sulfadiazine 1% cream</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
SORIATANE 10 MG, 17.5 MG, 25 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
<i>sulfacetamide sod 10% top susp</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
TARGRETIN 1 % TOPICAL GEL ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
TAZORAC 0.05 %, 0.1 % TOPICAL CREAM; TAZORAC 0.05 %, 0.1 % TOPICAL GEL ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
<i>terconazole 0.4% cream; terconazole 0.8% cream; terconazole 80 mg suppository</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
THERMAZENE 1 % TOPICAL CREAM ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
TOLAK 4 % TOPICAL CREAM ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
<i>tretinoin 0.01% gel; tretinoin 0.025% cream; tretinoin 0.025% gel; tretinoin 0.05% cream; tretinoin 0.1% cream</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	AP
<i>triamcinolone 0.025% cream; triamcinolone 0.025% lotion; triamcinolone 0.025% oint; triamcinolone 0.1% cream; triamcinolone 0.1% lotion; triamcinolone 0.1% ointment; triamcinolone 0.1% paste; triamcinolone 0.147 mg/g spray; triamcinolone 0.5% cream; triamcinolone 0.5% ointment</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>triderm 0.1 % topical cream</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>u-cort 1% cream</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ULTILET ALCOHOL SWAB ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
UVADEX 20 MCG/ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
VALCHLOR 0.016 % TOPICAL GEL ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 28 d<Chr85>as)
VEREGEN 15 % TOPICAL OINTMENT ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
WEBCOL TOPICAL PADS ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ZOVIRAX 5 % TOPICAL CREAM ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.

RELAJANTES DE LA MUSCULATURA LISA - Medicamentos utilizados para tratar problemas de la vejiga

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
aminophylline 250 mg/10 ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ELIXOPHYLLIN 80 MG/15 ML ORAL ELIXIR ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
flavoxate hcl 100 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
oxybutynin 5 mg tablet; oxybutynin 5 mg/5 ml syrup ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
oxybutynin cl er 10 mg, 15 mg, 5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
theophylline er 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg tab; theophylline er 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg tablet; theophylline er 400 mg, 600 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
tolterodine tart er 2 mg, 4 mg cap ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
tolterodine tartrate 1 mg, 2 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 d<Chr85>as)
TOVIAZ 4 MG, 8 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 d<Chr85>as)
tropium chloride 20 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	

VITAMINAS - Medicamentos utilizados para tratar deficiencias de vitaminas

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
calcitriol 0.25 mcg, 0.5 mcg capsule; calcitriol 1 mcg/ml, 1 mcg/ml ampul; calcitriol 1 mcg/ml, 1 mcg/ml solution ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
doxercalciferol 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg cap; doxercalciferol 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg capsule; doxercalciferol 4 mcg/2 ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
HECTOROL 2 MCG/ML (1 ML) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
paricalcitol 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg capsule; paricalcitol 10 mcg/2 ml vial; paricalcitol 2 mcg/ml, 2 mcg/ml, 5 mcg/ml, 5 mcg/ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
prn ob+dha 27 mg-1 mg-50 mg-250 mg oral pack ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
prn-omega 28 mg-1 mg-300 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
prn-total softgel ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
pr natal 400 29 mg-1 mg-400 mg oral pack ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
pr natal 400 ec 29 mg-1 mg-400 mg tablet-capsule,delayed release ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
pr natal 430 29 mg-1 mg-430 mg oral pack ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
pr natal 430 ec 29 mg-1 mg-430 mg tablet-capsule,delayed release ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
prena1 true 30 mg iron-1.4 mg-300 mg oral pack ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
prenaplast tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
PRENATABS FA 29 MG-1 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
PRENATABS RX 29 MG IRON-1 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
prenatal low iron 27 mg-1 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
prenatal plus (calcium carbonate) 27 mg iron-1 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
thrivite-19 29 mg iron-1 mg-25 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
virt-care one capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
VITATRUE 30 MG IRON-1.4 MG-300 MG ORAL PACK ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
vol-plus 27 mg-1 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ZEMPLAR 2 MCG/ML, 5 MCG/ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	

MEDICAMENTOS DE VENTA SIN RECETA MÉDICA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
1-day 6.5 % vaginal ointment ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
3 day vaginal 200 mg/5 gram (4 %) cream ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
3-day vaginal 2 % cream ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
4-n-1 no rinse wash 1 % topical cream ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
a + d first aid ointment ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
a thru z 18 mg-500 mcg-300 mcg-250 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
a thru z advanced formula 18 mg-400 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
a thru z high potency tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
a thru z men's ultimate 8 mg iron-200 mcg-600 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
a thru z select 300 mcg-600 mcg-300 mcg tablet; a thru z select 500 mcg-300 mcg-250 mcg tablet; a thru z select tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
a thru z select 50+ formula 0.4 mg-300 mcg-250 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
a thru z select women's tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
abc plus 0.4 mg-300 mcg-250 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
ACEPHEN 120 MG RECTAL SUPPOSITORY ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
acephen 325 mg, 650 mg rectal suppository ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
acetaminophen 120 mg, 650 mg suppos; acetaminophen 160 mg/5 ml elx; acetaminophen 160 mg/5 ml liq; acetaminophen 160 mg/5 ml susp; acetaminophen 80 mg tab chew; acetaminophen 80 mg/0.8 ml drp; acetaminophen er 650 mg tablet; eq acetaminophen 325 mg, 500 mg gelcap; eq acetaminophen 325 mg, 500 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
acetaminophen extra strength 500 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
acetaminophen pain relief 500 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
acid controller 10 mg, 20 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
acid gone antacid 95 mg-358 mg/15 ml oral suspension ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
acid gone antacid extra strength 160 mg-105 mg chewable tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
acid reducer (famotidine) 10 mg, 20 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
acid reducer (ranitidine) 150 mg, 75 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
acne & blackhead 2.5% gel ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
acne control cleanser 10 % cream ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
acne medication 10 % topical gel ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
ACNE MEDICATION 10 %, 5 % LOTION; ACNE MEDICATION 5 % TOPICAL GEL ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
acne treatment (benzoyl peroxide) 10 % topical gel ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
acne vanishing 10 % cream ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
acne-clear 10 % topical gel ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
added strength headache relief 250 mg-250 mg-65 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
added strength pain reliever 250 mg-250 mg-65 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
adult robatussin peak cold dm max 10 mg-200 mg/5 ml oral liquid ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
adult cough formula dm max 10 mg-200 mg/5 ml oral liquid ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
adult low dose aspirin 81 mg tablet, delayed release ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
adult robatussin peak cold dm 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
adult tussin cough congestion dm 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
adult tussin dm 10 mg-100 mg/5 ml syrup ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
adult wal-tussin 100 mg/5 ml oral liquid ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
adult wal-tussin dm max 10 mg-200 mg/5 ml oral liquid ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
adults' 50+ daily formula tab ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
adults' daily formula tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
advanced antacid-antigas 200 mg-200 mg-20 mg/5 ml oral suspension; advanced antacid-antigas 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral suspension ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
advil 100 mg chewable tablet; advil 100 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
ADVIL 200 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
AFTERA 1.5 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
AKWA TEARS (POLYVINYL ALCOHOL) 1.4 % EYE DROPS ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
alavert 10 mg disintegrating tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
aler-cap 25 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
aler-tab 25 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
ALEVE 220 MG CAPSULE; ALEVE 220 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
all day allergy (cetirizine) 1 mg/ml oral solution; all day allergy (cetirizine) 10 mg chewable tablet; all day allergy (cetirizine) 10 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
all day allergy relief (cetirizine) 10 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
all day pain relief 220 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
all day relief 220 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
aller-g-time 25 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
aller-tec 10 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
allerclear 10 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
allergy 25 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
allergy (diphenhydramine) 12.5 mg/5 ml oral liquid; allergy (diphenhydramine) 25 mg capsule; allergy (diphenhydramine) 25 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
allergy medication 25 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
allergy medicine 12.5 mg/5 ml oral liquid; allergy medicine 25 mg capsule; allergy medicine 25 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
allergy relief (cetirizine) 1 mg/ml oral solution; allergy relief (cetirizine) 10 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
allergy relief (loratadine) 10 mg, 10 mg disintegrating tablet; allergy relief (loratadine) 10 mg, 10 mg tablet; allergy relief (loratadine) 5 mg/5 ml oral solution ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
allergy relief (diphenhydramine) 12.5 mg/5 ml oral liquid; allergy relief (diphenhydramine) 25 mg capsule; allergy relief (diphenhydramine) 25 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
ALMACONE 200 MG-200 MG-20 MG/5 ML ORAL SUSPENSION; ALMACONE 200 MG-200 MG-25 MG CHEWABLE TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
almacone-2 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral suspension ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
aloe vesta antifungal (miconazole) 2 % topical ointment ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
ALOE VESTA SKIN CONDITIONER 2 3 % LOTION ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
alophen 5 mg tablet, delayed release ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
altachlore 5 % eye drops; altachlore 5 % eye ointment ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
altamist 0.65 % nasal spray aerosol ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
aluminum hydroxide gel ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
ambizine 25 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
anecream 4 % topical ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
animal chews tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
animal shape vitamins chewable tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
animal shapes complete chewable tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
animal shapes plus iron chewable tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
antacid (calcium carbonate) 200 mg calcium (500 mg), 200 mg calcium (500 mg) chewable tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
antacid anti-gas 200 mg-200 mg-20 mg/5 ml oral suspension; antacid anti-gas 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral suspension ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
antacid anti-gas double str 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral suspension ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
antacid extra strength (mag carb-al hyd) 160 mg-105 mg chewable tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
antacid extra strength (calcium carb) 300 mg (750 mg) chewable tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
antacid extra-strength 200 mg-200 mg-20 mg/5 ml oral suspension; antacid extra-strength 300 mg (750 mg) chewable tablet; pv antacid extra strength susp ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
antacid liquid 200 mg-200 mg-20 mg/5 ml oral suspension ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
antacid m 200 mg-200 mg-20 mg/5 ml oral suspension ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
antacid maximum strength 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral suspension ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
antacid plus anti-gas 200 mg-200 mg-20 mg/5 ml oral suspension; antacid plus anti-gas 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral suspension ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
antacid regular strength 200 mg-200 mg-20 mg/5 ml oral suspension ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
antacid ultra strength 400 mg (1,000 mg) chewable tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
antacid with simethicone 200 mg-200 mg-20 mg/5 ml oral suspension ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
antacid-antigas 200 mg-200 mg-20 mg/5 ml oral suspension; antacid-antigas 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral suspension ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
antacid-simethicone 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral suspension ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
antacid ii-simethicone liq ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
anti-diarrhea 2 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
anti-diarrheal 262 mg/15 ml oral suspension ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
anti-diarrheal (loperamide) 1 mg/5 ml oral liquid; anti-diarrheal (loperamide) 2 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
anti-fungal 2 % topical powder; pv anti-fungal 2% liquid spray ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
anti-itch (hydrocortisone) 1 % topical cream; anti-itch (hydrocortisone) 1 % topical ointment ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
anti-nausea oral solution ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
antibiotic (bacitracin zinc) 500 unit/gram topical ointment ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
antibiotic(neomy-bacit-polym) 3.5 mg-400 unit-5,000 unit/gram top oint ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
antibiotic-pain relief(bacit)3.5 mg-500 unit-10,000 unit/gram ointment ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
antifungal (clotrimazole) 1 % topical cream ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
antifungal (terbinafine) 1 % topical cream ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
antifungal cream 2 % topical ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
antihistamine 25 mg capsule; antihistamine 25 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
ANTIOXIDANT FORMULA (SELENIUM YEAST) 8,333 UNIT-167 MG-133 UNIT TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
antioxidant vitamin tablet; antioxidant vitamins 1,000 unit-200 mg-60 unit-2mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
antiseptic 10 % topical solution ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
antiseptic skin cleanser (chlorhexidine) 4 % liquid ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
antiseptic solution 10 % topical ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
antitussive dm 10 mg-100 mg/5 ml syrup ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
anu-med 0.25 % rectal suppository ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
AQUADEKS 100 MCG-350 MCG-5 MG CHEWABLE TABLET; AQUADEKS 100 MCG-700 MCG-10 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
AQUADEKS PEDIATRIC 400 MCG/ML ORAL DROPS ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
aquanil hc 1 % lotion ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
arthritis pain relief (capsaicin) 0.1 % topical cream ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
ARTIFICIAL TEARS (PETROLATUM/MINERAL OIL) 83 %-15 % EYE OINTMENT ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
artificial tears (polyvinyl alcohol) 1.4 % eye drops ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
artificial tears (dextran 70-hypromellose) eye drops ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
pv artificial tears ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
artificial tears (polyvinyl alcohol/povidone) 0.5 %-0.6 % eye drops ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
aspir-81 81 mg tablet, delayed release ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
aspir-low 81 mg tablet, delayed release ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
aspir-trin 325 mg tablet, delayed release ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
aspirin 81 mg chewable tablet; aspirin ec 325 mg, 325 mg, 81 mg tablet; gnp aspirin 325 mg, 325 mg, 81 mg tablet; sm aspirin ec 325 mg, 325 mg, 81 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
aspirin childrens 81 mg chewable tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
aspirin low dose 81 mg tablet,delayed release ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
aspirin adult 81 mg chew tab ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
cvs buffered aspirin 325 mg tb ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
athenol 325 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
athlete's foot 2 % powder; athlete's foot 2 % topical spray powder ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
athlete's foot (clotrimazole) 1 % topical cream ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
athlete's foot (terbinafine) 1 % topical cream ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
athlete's foot af 1 % topical cream ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
athletic foot cream 1 % topical ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
auraphene-b 6.5% ear drops ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
AURO EARDROPS 6.5 % ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
AYR SALINE 0.65 % NASAL SPRAY AEROSOL ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
azolen tincture 2 % topical ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
b complete tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
b complex 1 tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
b complex-vitamin b12 tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
b-100 complex er 100 mg tablet,extended release; pv b-100 complex ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
pv b-50 complex ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
b-complex tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
b-complex plus vitamin c cplt ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
bacitracin 500 unit/gm ointmnt ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
bacitracin-polymyxin ointment ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
bacitraycin plus 500 unit/gram topical ointment ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
bal b-100 tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
bal b-50 tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
balance b-100 tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
balance b-50 tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
BALANCED B-100 100 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
balanced b-100 tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
BALANCED B-100 COMPLEX 100 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
balanced b-50 tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
balanced b-50 complex tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
ban-acid 300 mg (750 mg) chewable tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>banophen 12.5 mg/5 ml oral liquid; banophen 25 mg tablet; banophen 25 mg, 50 mg capsule</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>banophen allergy 12.5 mg/5 ml oral liquid</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
BAYER ASPIRIN 325 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
BAYER CHEWABLE LOW DOSE ASPIRIN 81 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>baza antifungal 2 % topical cream</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
BAZA PROTECT TOPICAL CREAM ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>pv 0.5% bedding spray</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>bee-zee tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
BENADRYL 25 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>benzoyl peroxide 10% gel; benzoyl peroxide 10% lotion; benzoyl peroxide 10% wash; benzoyl peroxide 2.5% gel; benzoyl peroxide 5% gel; benzoyl peroxide 5% lotion; benzoyl peroxide 5% wash; benzoyl peroxide 6% cleanser</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>best fiber 3 gram/3.5 gram oral powder</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>beta-hc 1 % lotion</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
BETADINE 10 % TOPICAL SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
BETADINE SKIN CLEANSER 7.5 % ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
BETADINE SURGICAL SCRUB 7.5 % TOPICAL SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
BETADINE SWABSTICKS 10 % ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>betasept surgical scrub 4 % topical liquid</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>betatemp 160 mg/5 ml oral suspension</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>biocotron 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>bisa-lax 5 mg tablet, delayed release</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
BISAC-EVAC 10 MG RECTAL SUPPOSITORY ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>bisacodyl 10 mg suppository; bisacodyl ec 5 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>biscolax 10 mg rectal suppository</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>bismatrol 262 mg chewable tablet; bismatrol 262 mg/15 ml, 525 mg/15 ml oral suspension</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>bismuth 262 mg chewable tablet; bismuth 262 mg tablet; bismuth 262 mg/15 ml oral suspension</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>bismuth 262 mg tablet chew</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
BONINE 25 MG CHEWABLE TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>bp 10 %, 5 % topical gel</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
BREWER'S YEAST 680 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>buffered aspirin 325 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
bufferin 325 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
gnp calcium 600+d+minerals tab; gnp calcium 600+d3+min chew tb ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
pv calamine lotion ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
gnp calamine suspension ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
calci-chew 500 mg calcium (1,250 mg) tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
CALCI-MIX 500 MG CALCIUM (1,250 MG) CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
CALCIONATE 115 MG/5 ML (1.8 GRAM/5 ML) SYRUP ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
calcitrate 200 mg (950 mg) tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
calcitrate-vitamin d 315 mg-250 unit tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
calcium 500 500 mg calcium (1,250 mg) chewable tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
calcium 500 + d 500 mg (1,250 mg)-200 unit tablet; calcium 500 + d 500 mg(1,250 mg)-400 unit chewable tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
calcium 500 with d 500 mg (1,250 mg)-400 unit tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
calcium 600 600 mg (1,500 mg) tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
calcium 600 + d(3) 600 mg (1,500 mg)-200 unit tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
calcium 600 + minerals 600 mg calcium-400 unit tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
calcium 600 with vitamin d3 600 mg (1,500 mg)-200 unit tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
CALCIUM 600-D3 PLUS 600 MG CALCIUM-800 UNIT-50 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
calcium acetate 667 mg gelcap; calcium acetate 667 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
calcium antacid 200 mg calcium (500 mg), 300 mg (750 mg), 320 mg (750 mg), 400 mg (1,000 mg) chewable tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
calcium antacid tropical 300 mg (750 mg) chewable tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
calcium antacid ultra max st 400 mg (1,000 mg) chewable tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
calcium-magnesium-zinc tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
calcium 500 mg chewable tablet; calcium carb 1,250 mg/5 ml sus; gnp calcium 600 mg tablet; pv calcium 500 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
calcium carb 500 mg tab chew; calcium carbonate 750 mg chew; pub calcium carb 1,000 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
qc calcium 600 mg-vit d tab ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
calcium 500+d tablet chew; calcium 500-vit d3 200 tablet; calcium 600-vit d3 200 tablet; calcium 600-vit d3 400 tablet; calcium 600-vit d3 800 tablet; calcium-500 mg tablet chewable; gnp calcium 500-vit d3 600 tab ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
calcium citrate + caplet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
calcium citrate + d 315 mg-200 unit tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
calcium cit-vit d 250-200 cplt; calcium citrate - vit d caplet; gnp calcium citrate-vit d3 tab; hm calcium citrate-vit d3 tab ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
calcium gluconate 500 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
calcium lactate 648 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
calcium magnesium + d 400 mg-167 mg-133 unit tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
calcium polycarbophil 625 mg ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
calcium with vitamin d 600 mg (1,500 mg)-400 unit tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
eql calcium 500-vit d3 200 cpt ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
calcium-vit d3-vit k soft chew ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
calphron 667 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
CALTRATE 600 + D 600 MG (1,500 MG)-800 UNIT CHEWABLE TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
CALTRATE 600+D PLUS MINERALS 600 MG CALCIUM-800 UNIT-40 MG CHEW TABLET; CALTRATE 600+D PLUS MINERALS 600 MG CALCIUM-800 UNIT-50 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
CALTRATE WITH VITAMIN D3 600 MG (1,500 MG)-800 UNIT TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
calvite p&d tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
capsicum oleoresn 0.025% crm; capsicum oleoresn 0.075% crm ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
CAPZASIN-HP 0.1 % TOPICAL CREAM ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
carbamoxide ear drops 6.5 % ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
centamin 9 mg iron/15 ml oral liquid ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
central vite with lutein 0.4 mg-300 mcg-250 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
central-vite 18 mg-400 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
central-vite cardio 3 mg-200 mcg-400 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
central-vite men's under 50 8 mg iron-200 mcg-600 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
central-vite select tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
central-vite senior 0.4 mg-300 mcg-250 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
eql central-vite tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
central-vite women's mature 8 mg iron-400 mcg-300 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
central-vite women's under 50 18 mg iron-400 mcg-500 mg ca tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
centram-care 9 mg iron/15 ml oral liquid ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
CENTRUM 3,500 UNIT-18 MG-0.4 MG CHEWABLE TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
centrum 9 mg iron/15 ml oral liquid ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
centrum complete 18 mg-400 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
CENTRUM KIDS 18 MG IRON CHEWABLE TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
CENTRUM MEN 8 MG IRON-200 MCG-600 MCG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
centrum silver 0.4 mg-300 mcg-250 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
CENTRUM SILVER 400 MCG-250 MCG CHEWABLE TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
CENTRUM SILVER ULTRA MEN'S 300 MCG-600 MCG-300 MCG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
CENTRUM SILVER WOMEN 8 MG IRON-400 MCG-300 MCG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
CENTRUM SPECIALIST ENERGY 18 MG IRON-400 MCG-25MCG-75MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
CENTRUM SPECIALIST HEART 3 MG-200 MCG-400 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
CENTRUM SPECIALIST PRENATAL 27 MG IRON-800 MCG-200 MG ORAL PACK ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
CENTRUM ULTRA MEN'S 8 MG IRON-200 MCG-600 MCG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>century 18 mg-400 mcg tablet; eql century multi-vitamin tab</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>century adults 50+ 0.4 mg-300 mcg-250 mcg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>century advanced formula tabs</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>century cardio 3 mg-200 mcg-400 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>eql century cardio hlth formla</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>century mature 0.4 mg-300 mcg-250 mcg tablet; century mature 500 mcg-300 mcg-250 mcg tablet; century mature tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>century ultimate men's 300 mcg-600 mcg-300 mcg tablet; century ultimate men's 8 mg iron-200 mcg-600 mcg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>century ultimate women's 18 mg-400 mcg tablet; century ultimate women's 18-400 mg-mcg, 8 mg iron-400 mcg-300 mcg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
CEROVITE 9 MG IRON/15 ML ORAL LIQUID ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
CEROVITE ADVANCED FORMULA 18 MG-400 MCG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>cerovite jr chewable tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
CEROVITE SENIOR TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
CERTAVITE SENIOR-ANTIOXIDANT 0.4 MG-300 MCG-250 MCG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>certavite-antioxidants (iron gluc) 9 mg iron/15 ml oral liquid</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>certavite-antioxidant 18 mg-400 mcg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>cetirizine hcl 1 mg/ml soln</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (300 cada 30 d<Chr85>as)
<i>cetirizine hcl 10 mg, 5 mg chew tab; cetirizine hcl 10 mg, 5 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
CHERACOL D COUGH FORMULA ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
CHERRY FLAVOR LIQUID ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>eql chewable multi vitamin tab</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
CHEWABLE-VITE TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
CHEWABLE-VITE WITH IRON TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>children's allergy relief (cetirizine) 1 mg/ml oral solution; children's allergy relief (cetirizine) 10 mg chewable tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>child aspirin 81 mg chewable tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
children's mucinex chest congestion 100 mg/5 ml oral liquid ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
child mucus relief expectorant 100 mg/5 ml oral liquid ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
children's pain reliever and fever reducer 120 mg rectal suppository ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
cvs child suppository ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
child vitamin with minerals chewable tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
children's all day allergy (cetirizine) 1 mg/ml oral solution ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
child chewable vitamins with iron tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
child's vitamin with iron chewable tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
children's acetaminophen 160 mg/5 ml oral suspension; children's acetaminophen 80 mg chewable tablet; chld acetaminophen 160 mg/5 ml ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
children's aller-tec 1 mg/ml oral solution ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
children's allergy (diphenhydramine) 12.5 mg/5 ml oral liquid ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
children's allergy complete 1 mg/ml oral solution ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
children's allergy relief (loratadine) 5 mg/5 ml oral solution ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
children's allergy (cetirizine) 1 mg/ml oral solution ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
children's aspirin 81 mg chewable tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
children's cetirizine 1 mg/ml oral solution; children's cetirizine 10 mg, 5 mg chewable tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
children's chest congestion 100 mg/5 ml oral liquid ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
children's chewable complete 9 mg iron-200 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
children's chewable multivitamin 300 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
children's chewable vitamin tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
eql childs multivit-mineral tb ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
children's chewables 300 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
children's chewables extra c 300 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
children's chewables with iron 15 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
CHILDREN'S CLARITIN 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
children's fever reducing 120 mg rectal suppository ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
children's iron 15 mg iron (75 mg)/ml oral drops ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
children's medi-tabs susp ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
eql child's multivit tab chew ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
children's non-aspirin 160 mg/5 ml oral suspension; children's non-aspirin 80 mg chewable tablet; pv child non-aspirin 160 mg/5; pv children's non-asa liq ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
children's non-aspirin pain 80 mg chewable tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
children's pain relief 160 mg/5 ml oral suspension; eq l child pain rlf 160 mg/5 ml ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
children's pain reliever 160 mg/5 ml oral suspension; children's pain reliever 80 mg chewable tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
children's pain and fever relief 160 mg/5 ml oral suspension; children's pain and fever relief 80 mg chewable tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
children's q-pap 160 mg/5 ml oral suspension ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
children's saline nasal spray 0.65 % aerosol ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
children's silapap 160 mg/5 ml oral liquid ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
children's tactinal 80 mg chewable tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
children's wal-dryl allergy 12.5 mg/5 ml oral liquid ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
children's wal-zyr 1 mg/ml oral solution; children's wal-zyr 10 mg chewable tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
CHILDREN'S ZYRTEC ALLERGY 1 MG/ML ORAL SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
childs chew vite tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
childs/iron chewable tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
chlorhexidine 4% scrub ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
gnp vitamin d3 400 unit tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
citracal with vitamin d maximum 315 mg-250 unit tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
CITRACAL WITH VITAMIN D PETITES 200 MG CALCIUM-250 UNIT TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
citracal regular 250 mg calcium-200 unit tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
citrucel 500 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
CITRUCEL (SUCROSE) ORAL POWDER ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
CITRUCEL SUGAR FREE ORAL POWDER ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
citrus calcium 200 mg calcium-250 unit tablet; citrus calcium 315 mg-250 unit tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
claritin 10 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
CLARITIN 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
CLARITIN REDITABS 10 MG, 5 MG DISINTEGRATING TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
clearasil daily clear (benzoyl peroxide) 10 % topical cream ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
clearlax 17 gram/dose oral powder ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
clotrim 1% vaginal cream ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
clotrimazole 1% cream; clotrimazole 1% solution; clotrimazole 10 mg troche ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
clotrimazole 3 day 2 % vaginal cream ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
clotrimazole af 1 % topical cream ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
clotrimazole-3 2 % vaginal cream ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
clotrimazole-7 1 % vaginal cream ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
cod liver oil 1,250 unit-135 unit capsule; cod liver oil capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
col-rite 100 mg, 250 mg, 50 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
COLACE 100 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
COLACE CLEAR 50 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
COLEMAN 100 MAX INSECT REPELLENT 98.11 % TOPICAL PUMP SPRAY; COLEMAN 100 MAX INSECT REPELLENT 98.11 % TOPICAL SPRAY ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
COLEMAN BOTANICALS INSECT REPELLENT 30 % TOPICAL SPRAY ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
COLEMAN HIGH AND DRY INSECT REPELLENT 25 % TOPICAL SPRAY POWDER ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
COLEMAN SKINSMART INSECT REPELLENT 20 % TOPICAL PUMP SPRAY; COLEMAN SKINSMART INSECT REPELLENT 20 % TOPICAL SPRAY ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
COLEMAN SPORTSMEN INSECT REPELLENT 40 % TOPICAL SPRAY ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
comfort gel 200 mg-200 mg-20 mg/5 ml oral suspension ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
comfort gel extra strength 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral suspension ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
COMPETE TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
complete 18 mg-500 mcg-300 mcg-250 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
complete 50+ 0.4 mg-300 mcg-250 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
complete allergy 12.5 mg/5 ml oral liquid; complete allergy 25 mg capsule; complete allergy 25 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
complete allergy medicine 25 mg capsule; complete allergy medicine 25 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
complete lice treatment 4 %-0.33 %-0.5 % topical kit ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
complete men 8 mg iron-200 mcg-600 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
complete multi 18 mg-500 mcg-300 mcg-250 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
complete multi 50+ 500 mcg-300 mcg-250 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
complete multivitamin 0.4 mg-300 mcg-250 mcg tablet; complete multivitamin tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
complete multivitamin-multimineral 18 mg-400 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
complete senior 0.4 mg-300 mcg-250 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
complete women 18 mg-400 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
compound w 17 % topical liquid ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
CONDOMS-PREM LUBRICATED ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
cool bottoms 1 % topical cream ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
corn-callus remover 17 % topical liquid ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
CORTAID 1 % TOPICAL CREAM ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
cortizone-10 1 % topical cream; cortizone-10 1 % topical ointment ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
cortizone-10 plus 1 % topical cream ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
cough control (guaifenesin) 100 mg/5 ml oral liquid ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
cough control dm 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid; cough control dm 10 mg-100 mg/5 ml syrup ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
sb cough control dm max liquid ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
COUGH FORMULA DM 10 MG-100 MG/5 ML SYRUP ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
cough suppressant-expectorant 10 mg-100 mg/5 ml syrup ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
cough syrup 100 mg/5 ml oral liquid ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
cough syrup dm 10 mg-100 mg/5 ml ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
creo-terpin syrup ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
critic-aid clear af 2 % topical ointment ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
cromolyn sodium nasal solution ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
curad enema ready-to-use ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
cutter backwoods 25 % topical pump spray; cutter backwoods 25 % topical spray ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
cutter backwoods dry 25 % topical spray ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
cutter lemon eucalyptus 30 % topical spray ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
cutter natural insect repellent 5 %-2 %-0.4 %-0.1 % topical spray ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
cutter natural insect repellent 2 5 %-2 % topical spray ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
cutter skinsations 7 % topical spray ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
daily fiber 0.52 gram capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
daily fiber (psyllium-sucrose) 3.4 gram/12 gram, 3.4 gram/7 gram oral powder ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
daily multi-vitamin tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
daily multi-vitamins/iron tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
daily multiple 18 mg-400 mcg tablet; daily multiple 400 mcg-120 mg tablet; daily multiple tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
daily multiple for men 0.4 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
daily multiple for men 50+ 400 mcg-600 mcg-120 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
daily multiple for women 18 mg iron-400 mcg-500 mg ca tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
daily multiple for women 50+ 0.4 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
daily multiple vitamins with iron tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
daily multivitamin with iron 18 mg-400 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
daily multivitamin-minerals tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>daily value tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
DAILY VITAMIN TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>daily vitamin formula tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>daily vitamin formula + iron 18 mg-400 mcg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>daily vitamin formula-minerals tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
DAILY VITAMIN WITH IRON TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>daily vitamin with iron and ca tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
DAILY VITES/IRON TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
DAILY-VITE TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
DEBROX 6.5 % EAR DROPS ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>deep sea nasal 0.65 % spray aerosol</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>delta d3 400 unit tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>dermafungal 2 % topical ointment</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>dermarest eczema (hydrocortisone) 1 % lotion</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>desenex 2 % topical powder</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>desitin clear topical ointment</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>dex4 glucose 4 gram chewable tablet; dex4 glucose 40 % oral gel</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>dex4 glucose pouch pack 4 gram chewable tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>dex4 glucose quick dissolve 4 gram chewable tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>guaifenesin dm 400-20 mg tab; guaifenesin dm syrup</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>cvs glucose 40% gel</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>diabetic siltussin das-na 100 mg/5 ml oral liquid</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>diabetic siltussin-dm 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>diabetic siltussin-dm max str 10 mg-200 mg/5 ml oral liquid</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>diabetic tussin dm 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid; diabetic tussin dm 10 mg-200 mg/5 ml oral liquid</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>diabetic tussin ex 100 mg/5 ml oral liquid</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>diabetic tussin max-str liq</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>dialyvite 800 0.8 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
DIALYVITE 800 WITH ZINC 15 0.8 MG-15 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
DIALYVITE 800 WITH ZINC 50 0.8 MG-50 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>diamode 2 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>diarrhea relief (bismuth subsalicylate) 262 mg/15 ml oral suspension</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>dibucaine 1% ointment</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>dimenhydrinate 50 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
dino-life chewable tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
dino-life with extra c chewable tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
dino-life with iron-zinc chewable tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
DIOCTO 50 MG/5 ML ORAL LIQUID; DIOCTO 60 MG/15 ML SYRUP ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
dioctyl 60 mg/15 ml syrup ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
diotame 262 mg chewable tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
diphedryl 12.5 mg/5 ml oral liquid; diphedryl 25 mg capsule; diphedryl 25 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
diphedryl allergy 12.5 mg/5 ml oral liquid ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
diphenhist 12.5 mg/5 ml oral liquid; diphenhist 25 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
DIPHENHIST 25 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
diphenhydramine 12.5 mg/5 ml; diphenhydramine 25 mg caplet; diphenhydramine 25 mg, 50 mg capsule; diphenhydramine cough syrup ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
disposable enema 19 gram-7 gram/118 ml ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
doc-q-lace 100 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
doc-q-lax 8.6 mg-50 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
docu 50 mg/5 ml oral liquid ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
docu soft 100 mg softgel cap ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
docuprene 100 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
docusate cal 240 mg softgel ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
docusate sod 60 mg/15 ml syr; docusate sodium 100 mg tablet; docusate sodium 100 mg, 250 mg softgel ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
docusil 100 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
dok 100 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
DOK 100 MG, 250 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
dok plus 8.6 mg-50 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
double antibiotic 500 unit-10,000 unit/gram topical ointment ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
double antibiotic (bacitracin zn) 500 unit-10,000 unit/gram top ointment ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
DRAMAMINE 50 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
dramamine less drowsy 25 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
drimate 50 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
dss 250 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
ducodyl 5 mg tablet, delayed release ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
DULCOLAX (BISACODYL) 10 MG RECTAL SUPPOSITORY; DULCOLAX (BISACODYL) 5 MG TABLET, DELAYED RELEASE ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
dulcolax stool softener (docusate) 100 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
duofilm 17 % topical liquid ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
DYNA-HEX 4 % TOPICAL LIQUID ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
e.c. prin 325 mg tablet,delayed release ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
ear care 200 mg-100 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
ear drops otc 6.5 % ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
ear health formula 200 mg-100 mg tablet; ear health formula tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
ear wax removal kit 6.5 % drops ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
ear wax removal system 6.5 % drops ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
EAR WAX TREATMENT 6.5 % DROPS ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
econtra ez 1.5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
ECOTRIN 325 MG TABLET,ENTERIC COATED ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
ecotrin low strength 81 mg tablet,enteric coated ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
eczema anti-itch 1 % topical cream ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
ed-apap 160 mg/5 ml oral liquid ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
ELDERTONIC 0.5 MG-0.6 MG-7 MG-0.7 MG ORAL ELIXIR ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
heb pediatric electrolyte soln ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
emetrol oral solution ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
enema 19 gram-7 gram/118 ml ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
enema disposable 19 gram-7 gram/118 ml ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
ENFAMIL ENFALYTE ORAL SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
enteric coated aspirin 81 mg tablet,delayed release ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
essentia 18 mg-400 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
ESSENTIAL BALANCE WITH LUTEIN TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
ESSENTIAL DAILY 18 MG-0.4 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
evac-u-gen (sennosides) 8.6 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
EX-LAX (SENNOSIDES) 15 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
medi-tabs 500 mg geltab ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
excedrin extra strength 250 mg-250 mg-65 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
excedrin migraine 250 mg-250 mg-65 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
EXPECTA PRENATAL 28 MG IRON-800 MCG-200 MG ORAL PACK ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
expectorant 100 mg/5 ml oral liquid; expectorant 200 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
expectorant cough syrup 100 mg/5 ml oral liquid ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
expectorant dm 10 mg-100 mg/5 ml syrup; expectorant dm 20 mg-300 mg/5 ml oral liquid ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
ezfe forte capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>fallback solo 1.5 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>famotidine 10 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
FANTASY DEVICE ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>feosol 325 mg (65 mg iron) tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
FER-IN-SOL 15 MG IRON (75 MG)/ML ORAL DROPS ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>fer-iron 15 mg iron (75 mg)/ml oral drops</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
FEROSUL 220 MG (44 MG IRON)/5 ML ORAL ELIXIR ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>ferosul 325 mg (65 mg iron) tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>ferro-time 325 mg (65 mg iron) tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>ferrous sulf 15 mg iron/ml drp</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>ferrous sulf ec 324 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>ferrous sulf ec 325 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>ferrous sulfate 325 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>ferrousul 325 mg (65 mg iron) tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>fever reducer 120 mg rectal suppository</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>fever reducer an pain reliever 160 mg/5 ml oral suspension; pv pain-fever 500 mg/15ml liq</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>feverall 120 mg, 325 mg, 650 mg rectal suppository</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
FEVERALL 80 MG RECTAL SUPPOSITORY ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>fiber oral powder</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>fiber (calcium polycarbophil) 625 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>fiber (psyllium husk) 0.52 gram capsule</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>fiber (psyllium husk/sugar) 3.4 gram/11 gram, 3.4 gram/12 gram, 3.4 gram/7 gram oral powder</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>fiber (with aspartame) 3.4 gram/5.8 gram, 3.4 gram/5.8 gram oral powder</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>fiber laxative (calcium polycarbophil) 625 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>fiber laxative (psyllium husk/sugar) 3.4 gram/7 gram oral powder</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>fiber laxative (methylcellulose) 500 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>fiber laxative (psyllium husk) 0.52 gram capsule</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>pv fiber laxative powder</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>fiber smooth oral powder</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>fiber smooth (with sucrose) oral powder</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>fiber therapy (ca polycarbophil) 625 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
FIBER THERAPY (METHYLCELLULOSE-SUGAR) 2 GRAM/19 GRAM ORAL POWDER ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>pv fiber therapy powder</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>fiber therapy (methylcellulose) 500 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>fiber therapy (psyllium/sucrose) oral powder</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>fiber therapy laxative (psyllium husk) 0.52 gram capsule</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>pv fiber therapy powder</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>fiber-caps (psyllium husk) 0.52 gram capsule</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>fiber-lax 625 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>fiber-tabs 625 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
FIBERCON 625 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>first aid antiseptic 10 % topical solution</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>flanax (naproxen) 220 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>flanax antacid 200 mg-200 mg-20 mg/5 ml oral suspension</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>flavor chews antacid 300 mg (750 mg) tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
FLAVOR SWEET ORAL LIQUID ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
FLAVOR SWEET-SF ORAL LIQUID ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
FLEET ENEMA 19 GRAM-7 GRAM/118 ML ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>fleet glycerin (adult) rectal suppository</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>fleet glycerin (child) rectal suppository</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
FLEET LAXATIVE 5 MG TABLET, DELAYED RELEASE ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
FLEET PEDIATRIC 9.5 GRAM-3.5 GRAM/59 ML ENEMA ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>flintstones complete (iron) chewable tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
FLINTSTONES MULTIVITAMIN 300 MCG CHEWABLE TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>flintstones multivitamin chewable tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
FLINTSTONES WITH IRON 18 MG IRON CHEWABLE TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>flintstones/extra c chewable tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>foaming antacid 95 mg-358 mg/15 ml oral suspension</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>pv foaming antacid chew tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>folic acid 1 mg tablet; folic acid 5 mg/ml vial</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
<i>gnp folic acid 400 mcg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>formula em oral solution</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>full spectrum b-vitamin c 0.8 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
FULLER'S EARTH POWDER ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
FUNGOID TINCTURE 2 % TOPICAL; FUNGOID TINCTURE 2 % TOPICAL KIT ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>g-tron 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>gavilax 17 gram/dose oral powder</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
GAVISCON 80 MG-14.2 MG CHEWABLE TABLET; GAVISCON 95 MG-358 MG/15 ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
GAVISCON EXTRA STRENGTH 160 MG-105 MG CHEWABLE TABLET; GAVISCON EXTRA STRENGTH 254 MG-237.5 MG/5 ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>gelusil antacid & antigas liq</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
GELUSIL ANTACID AND ANTI-GAS 200 MG-200 MG-25 MG CHEWABLE TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>gentle laxative 10 mg rectal suppository; gentle laxative 5 mg tablet, delayed release</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>gentlelax 17 gram/dose oral powder</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>geravim oral liquid</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>geri-dryl 25 mg capsule; geri-dryl 25 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>geri-kot 8.6 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>geri-lanta 200 mg-200 mg-20 mg/5 ml oral suspension</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>geri-mox antacid-antigas 200 mg-200 mg-20 mg/5 ml oral suspension</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>geri-mucil 3.4 gram/5.8 gram oral powder</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>geri-pectate 262 mg/15 ml oral suspension</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>geri-tussin 100 mg/5 ml oral liquid</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>geri-tussin dm 10 mg-100 mg/5 ml syrup</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>geriaton oral liquid</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
GERITOL COMPLETE 16 MG IRON-0.38 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
GERITOL TONIC WITH FERREX 18 2.5 MG-50 MG-18 MG IRON/15 ML ORAL LIQUID ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>gluco burst 40 % oral gel</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>glucose gel 40 % oral gel</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>glutose 15 40 % oral gel</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>glutose 45 40 % oral gel</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>glycerin 99.5% liquid; pv glycerin liquid</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>gnp glycerin suppository</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
GLYCERIN LIQUID ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>gnp glycerin suppository</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>glycolax 17 gram/dose oral powder</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>goody's migraine relief 250 mg-250 mg-65 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>grx dyne 10% solution; grx dyne 10% swab; grx dyne scrub</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
guaiaisorb dm 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
guaifenesin 200 mg, 400 mg tablet; guaifenesin 300 mg/15 ml soln ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
guaifenesin-dm 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
gummi bear multivitamin chewable tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
gyne-lotrimin 2 % vaginal cream ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
gyne-lotrimin 7 1 % vaginal cream ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
hair vitamins tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
hair,skin and nails 3.3 mg iron-25 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
headache formula tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
headache relief (asa-acetaminophn-caffeine) 250 mg-250 mg-65 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
healthy eyes 1,000 unit-200 mg-60 unit-2mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
healthy eyes supervision 14,320 unit-226 mg-200 unit capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
heartburn antacid 160 mg-105 mg chewable tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
heartburn prevention 10 mg, 20 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
heartburn relief 160 mg-105 mg chewable tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
heartburn relief (famotidine) 10 mg, 20 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
heartburn relief (ranitidine) 150 mg, 75 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
hemorrhoid ointment ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
hi-b complex tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
hi-cal plus vit d 500 mg (1,250 mg)-200 unit tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
hibiclens 4 % topical liquid ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
hi potency cal 600 mg caplet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
high potency capsaicin 0.1 % topical cream ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
honey bears chewable tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
honey bears with iron-zinc chewable tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
hospital antiseptic 10 % topical solution ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
HYDROCIL ORAL POWDER ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
hydrocortisone 0.5% cream; hydrocortisone 0.5% ointment ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
hydrocortisone 1% cream; hydrocortisone 1% ointment; hydrocortisone 100 mg/60 ml; hydrocortisone 2.5% cream; hydrocortisone 2.5% lotion; hydrocortisone 2.5% ointment ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
gnp hydrocort acetate 1% cr; gnp hydrocortisone 0.5% crm ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
hydrocortisone plus 1 % topical cream ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
eq hydrocortisone-aloe 1% crm ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
hydrocream 1 % topical ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
hydroskin 1 % lotion ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
HYDROSKIN 1% CREAM ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
hydroskin with aloe 1 % cream ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
i-prin 200 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
I-VITE 1,000 UNIT-200 MG-60 UNIT-2MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
i-vite protect 7,160 unit-113 mg-100 unit tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
ibuprofen 100 mg, 200 mg tablet; ibuprofen 200 mg softgel; sm ibuprofen ib 100 mg, 200 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
ibuprofen ib 100 mg chewable tablet; ibuprofen ib 200 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
ICAPS 3,300 UNIT-5 MG-200MG-75 UNIT TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
icaps areds 14,320 unit-226 mg-200 unit capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
ICAPS AREDS 7,160 UNIT-113 MG-100 UNIT TABLET,DELAYED RELEASE ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
ICAPS MV 100 MCG-1.66 MG-0.83 MG TABLET,DELAYED RELEASE ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
icaps plus tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
IMODIUM A-D 1 MG/7.5 ML ORAL LIQUID ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
infant fever reducer-pain relief 160 mg/5 ml oral suspension ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
infant pain reliever 160 mg/5 ml oral suspension ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
pv infant non-asa 80 mg/0.8 ml ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
infant's pain relief 160 mg/5 ml oral suspension; infant's pain relief 80 mg/0.8 ml oral drops,suspension ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
infant's pain reliever 80 mg/0.8 ml oral drops,suspension ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
INFANT'S TYLENOL 160 MG/5 ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
infants' pain and fever 160 mg/5 ml oral suspension ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
infants' pain relief 160 mg/5 ml oral suspension ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
insect repellent (deet) 15 % topical spray ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
INSECT REPELLENT (PICARIDIN) 20 % TOPICAL SPRAY WITH PUMP ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
inzo antifungal 2 % topical cream ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
iophen dm-nr 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
iophen-nr 100 mg/5 ml oral liquid ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
iron 15 mg/ml drops ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
iron 325 mg (65 mg iron) tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
iron (ferrous sulfate) 325 mg (65 mg iron) tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
GNP ISOPROPYL ALCOHOL 91%; SWAN ISOPROPYL ALCOHOL 70% ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
itch relief (clotrimazole) 1 % topical cream ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
jock itch (clotrimazole) 1 % topical cream ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
jock itch (terbinafine) 1 % topical cream ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
kao-tin (bismuth subsalicylate) 262 mg/15 ml oral suspension ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
kao-tin (docusate calcium) 240 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
kaopectate (bismuth subsalicylate) 262 mg/15 ml oral suspension ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
KAOPECTATE (DOCUSATE CALCIUM) 240 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
kaopectate ex str (bismuth ss) 525 mg/15 ml oral suspension ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
pv kid's vit complete tab chew ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
kid's vit + extra c chew tab ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
pv kid's vit + iron tab chew ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
pv kids vitamins+iron tab chew ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
pv kids vitamins complete ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
KIMONO CONDOMS(NON-LUBRICATED) ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
KIMONO MAXX CONDOMS ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
KIMONO MICROTHIN AQUA LUBE CONDOM ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
KIMONO MICROTHIN CONDOMS ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
KIMONO MICROTHIN LARGE CONDOMS ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
KIMONO TEXTURED CONDOMS ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
kola-pectin ds 525mg/15ml susp ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
konsyl (sugar) 3.4 gram/11 gram, 3.4 gram/12 gram oral powder ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
KONSYL EASY MIX 4.3 GRAM/6 GRAM ORAL POWDER ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
konsyl fiber 625 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
KONSYL FORMULA-D 3.4 GRAM/6.5 GRAM ORAL POWDER ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
konsyl sugar-free 0.52 gram capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
KONSYL SUGAR-FREE 6 GRAM/6 GRAM ORAL POWDER ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
KONSYL SUGAR-FREE (ASPARTAME) 3.5 GRAM/5.8 GRAM ORAL POWDER ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
lamisil at 1 % topical cream ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
laxative stool softener with senna 8.6 mg-50 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
laxa clear 17 gram/dose oral powder ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
laxacin 8.6 mg-50 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
laxative (bisacodyl) 5 mg tablet, delayed release ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
laxative (glycerin-pediatric) rectal suppository ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
pv laxative 15 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
laxative peg 3350 17 gram/dose oral powder ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
laxative pills regular 15 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>laxative plus stool softener 8.6 mg-50 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>lc-4 4 % topical cream</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>lice bedding spray 0.5 % aerosol</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>lice complete kit 1-2-3 4 %-0.33 %-0.5 % topical kit</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>lice cream rinse 1 % topical liquid</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>lice killing 0.33 %-4 % shampoo</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>lice killing (permethrin) 1 % topical liquid</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>lice pyrinyl shampoo 0.33 %-4 %</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>lice solution 4 %-0.33 %-0.5 % topical kit</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>lice treatment 0.33 %-4 % shampoo; lice treatment 1 % topical liquid; lice treatment kit</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>lice treatment (permethrin) 1 % topical liquid</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
LICIDE SPRAY ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>lidocaine 4% cream</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>lidocream 4 % topical</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>lipo-flavonoid plus 200 mg-100 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>lipoflavovit caplet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>liquid antacid 200 mg-200 mg-20 mg/5 ml oral suspension; liquid antacid 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral suspension</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>liquid corn and callus remover 17 % topical</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>liquitears 1.4 % eye drops</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>lite coat aspirin 325 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
LITTLE ANIMALS CHEWABLE TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>little animals-iron chewable tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>little remedies 0.65 % nasal spray aerosol</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>little remedies fever and pain reliever 160 mg/5 ml oral suspension</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
LMX 4 4 % TOPICAL CREAM ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>lo-peramide 2 mg caplet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>loperamide 1 mg/5 ml solution; loperamide 2 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>loperamide 2 mg capsule</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>loradamed 10 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>loratadine 10 mg, 10 mg tablet; loratadine 5 mg/5 ml syrup; sm loratadine 10 mg, 10 mg odt</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>lotrimin af 1 % topical cream; lotrimin af 2 % topical powder; lotrimin af 2 % topical spray</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>lubricant eye 83 %-15 % ointment</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>pv lubricant 1.4 % eye drops</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>lubrifresh pm 83 %-15 % eye ointment</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
MAALOX ADVANCED 200 MG-200 MG-20 MG/5 ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>maalox maximum strength 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral suspension</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
MAG-AL PLUS 200 MG-200 MG-20 MG/5 ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>mag-al plus extra strength 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral suspension</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>maglox 200 mg-200 mg-20 mg/5 ml oral suspension</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
MAGNEBIND 300 250 MG-300 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>magnesium oxide 400 mg, 420 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
MAGOX 400 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>major-prep hemorrhoidal suppos</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>mapap (acetaminophen) 160 mg/5 ml oral suspension; mapap (acetaminophen) 160 mg/5 ml, 500 mg/15 ml oral liquid; mapap (acetaminophen) 325 mg tablet; mapap (acetaminophen) 500 mg capsule; mapap (acetaminophen) 80 mg chewable tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>mapap extra strength 500 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>masanti double strength 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral suspension</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>masophen 325 mg, 500 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>maximum daily multivitamin 18 mg-0.4 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>meclizine 12.5 mg, 25 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>meclizine 25 mg tablet chew</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>medi-bismuth chew tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>medi-cortisone 1% cream</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>medi-lax pills</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>medi-laxx 8.6 mg-50 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>medi-meclizine 25 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>medi-mucil capsule</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>medi-natural tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>medi-natural senna tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>medi-phedrine 120 mg caplet; medi-phedrine 30 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>medi-phedryl 12.5 mg/5 ml elix; medi-phedryl 25 mg capsule</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>medi-profen 200 mg caplet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>medi-tabs 325 mg, 500 mg caplet; medi-tabs 325 mg, 500 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>medi-tussin 100 mg/5 ml syrup</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
medi-tussin dm syrup ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
medi-tussin dm diabetic liq ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
qc medifin exp mucus rlf liq ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
mediproxen 220 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
mega multi for women 13.5 mg-200 mcg-250 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
mega multiple/chelated mineral tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
mega multivitamin for men 200 mcg-175 mcg-250 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
mega multivitamin with minerals 13.5 mg-200 mcg-250 mcg tablet; mega multivitamin with minerals tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
men's multi-vitamin tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
men's one daily tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
METAMUCIL 0.52 GRAM CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
METAMUCIL (WITH SUGAR) 3.4 GRAM/12 GRAM, 3.4 GRAM/12 GRAM, 3.4 GRAM/7 GRAM ORAL POWDER ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
metamucil powder ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
METAMUCIL MULTIHEALTH FIBER 3.4 GRAM/5.8 GRAM ORAL POWDER ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
METAMUCIL SUGAR-FREE (ASPARTAME) 3.4 GRAM/5.8 GRAM ORAL POWDER ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
METHYLCELLULOSE 2% GEL ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
mgo 400 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
mi-acid 200 mg-200 mg-20 mg/5 ml oral suspension; mi-acid 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral suspension; mi-acid 700 mg-300 mg chewable tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
micatin 2 % topical cream ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
miconazole 7 100 mg vaginal suppository; miconazole 7 2 % vaginal cream ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
eq miconazole nitrate 2% crm; miconazole 100 mg vag supp; miconazole 2% spray powder; miconazole 3 combo pack; pv miconazole nitrate 2% cream ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
miconazole-3 200 mg-2 % (9 gram) vaginal kit ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
miconazorb af 2 % topical powder ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
micro-guard 2 % topical powder ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
MIDOL (NAPROXEN) 220 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
migraine formula 250 mg-250 mg-65 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
pv migraine pain-reliever tab ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
migraine relief 250 mg-250 mg-65 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
milk of magnesia 400 mg/5 ml oral suspension ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
milltrium senior tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
mintox 200 mg-200 mg-20 mg/5 ml oral suspension ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
mintox maximum strength 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral suspension ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
mintox plus 200 mg-200 mg-25 mg chewable tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
MIRALAX 17 GRAM/DOSE ORAL POWDER ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
MONISTAT 3 4 % (200 MG)-2 % (9 GRAM) VAGINAL PACK, PREFIL APPL AND CREAM; MONISTAT 3 200 MG-2 % (9 GRAM) VAGINAL KIT ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
MONISTAT 7 2 % VAGINAL CREAM ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
motion relief (meclizine) 25 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
motion sickness 50 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
motion sickness (meclizine) 25 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
motion sickness ii 25 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
motion sickness relief 50 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
pv motion sickness rel ii tab ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
motion sickness relief (meclizine) 25 mg chewable tablet; motion sickness relief (meclizine) 25 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
motion-time 25 mg chewable tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
MOUTHPIECE DEVICE ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
move it along 100 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
multi complete with iron 18 mg-400 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
multi-day with iron 18 mg-400 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
MULTI-DELYN WITH IRON 10 MG IRON/5 ML ORAL LIQUID ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
MULTILEX TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
MULTILEX-T AND M TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
multiple vitamin tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
multiple vitamin, womens tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
multiple vitamin-minerals tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
multiple vitamins tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
multiple vitamins with iron chewable tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
pv multivital tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
pv multivital platinum tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
multivitamins tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
multivitamin 50 plus tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
pv daily multivitamin-iron tab ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
multivit-minerals tablet; multivitamin with minerals 9 mg iron/15 ml oral liquid ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
multivitamin-calcium-iron tab ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
murine ear wax removal system 6.5 % drops ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
muro 128 2 % eye drops ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
MURO 128 5 % EYE DROPS; MURO 128 5 % EYE OINTMENT ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
pv muscle relief 0.075% cream ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
MX-SOL ORAL LIQUID ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
MYKIDZ IRON SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
naproxen sodium 220 mg caplet; naproxen sodium 220 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
nasal allergy symptom control 5.2 mg/spray (4 %) spray ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
nasal and sinus decongestant 30 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
nasal antiseptic swabs 10 % ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
nasal decongestant (pseudoephedrine) 120 mg tablet, extended release; nasal decongestant (pseudoephedrine) 30 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
nasal moisturizing 0.65 % spray aerosol ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
nasal spray (sodium chloride) 0.65 % aerosol ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
NASALCROM 5.2 MG/SPRAY (4 %) SPRAY ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
NATRAPEL 20 % TOPICAL SPRAY ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
natural b-100 tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
natural balance tears drops ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
natural calcium 500 mg calcium (1,250 mg) tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
natural daily fiber 3.4 gram/5.8 gram oral powder ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
natural fiber laxative 0.52 gram capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
natural fiber laxative (sugar) 3.4 gram/11 gram, 3.4 gram/12 gram, 3.4 gram/7 gram oral powder; natural fiber laxative (sugar) oral powder; natural fiber laxative powder ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
natural fiber laxative therapy oral powder ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
natural fiber laxative (aspartame) oral powder; natural fiber laxative powder ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
natural psyllium fiber 3.4 gram/5.8 gram oral powder ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
natural senna laxative 8.6 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
natural vegetable laxative (with dextrose) oral powder ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
natural vegetable laxative (sennosides) 8.6 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
natural vegetable oral powder ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
natural vegetable (psyllium) oral powder ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>natural vegetable powder 3.4 gram/12 gram oral</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>natural vegetable powder</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>nature's tears drops</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>nausea control oral solution</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>nausea relief oral solution</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
NEOSPORIN (NEO-BAC-POLYM) 3.5 MG-400 UNIT-5,000 UNIT/GRAM TOP OINTMENT ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>neosporin anti-itch 1 % topical cream</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
NEOSPORIN PLUSPAIN RELIEF(BACIT)3.5 MG-500 UNIT-10,000 UNIT/G TOP OINT ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
NEPHRO-VITE 0.8 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
NEPHRONEX 900 MCG/5 ML ORAL LIQUID ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
NESSI SPACER ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>neutrathor 1 % topical cream</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>nicoderm cq 14 mg/24 hr, 21 mg/24 hr, 7 mg/24 hr daily transdermal patch</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>nicorelief 2 mg, 4 mg gum</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
NICORETTE 2 MG GUM; NICORETTE 2 MG, 4 MG BUCCAL LOZENGE ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>nicorette 4 mg gum</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>eq nicotine 14 mg/24hr patch; nicotine 21 mg/24hr patch; nicotine 7 mg/24hr patch; nicotine transdermal system</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>nicotine 2 mg, 4 mg chewing gum</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>nighttime allergy relief 25 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
NIX CREME RINSE 1 % TOPICAL LIQUID ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>noble formula hc 1 % topical cream</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>non-aspirin 160 mg/5 ml oral elixir; non-aspirin 160 mg/5 ml oral suspension; non-aspirin 325 mg tablet; non-aspirin 80 mg chewable tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>non-aspirin child 120 mg rectal suppository</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>non-aspirin 500 mg softgel; non-aspirin extra strength 500 mg tablet; non-aspirin extra strength 500 mg/15 ml oral liquid</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>non-aspirin pain relief 325 mg, 500 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>non-drowsy allergy 10 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>nortemp 160 mg/5 ml oral suspension; nortemp 80 mg/0.8 ml oral drops</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
NOVAFERRUM PEDIATRIC 10 MG IRON/ML ORAL DROPS ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>nts step 1 21 mg/24 hr transdermal 24 hour patch</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
NUTRISOURCE FIBER ORAL POWDER ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
nuzole 2% cream ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
OCEAN FOR KIDS 0.65 % NASAL SPRAY AEROSOL ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
OCEAN NASAL 0.65 % SPRAY AEROSOL ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
ocutabs tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
ocuvite with lutein 1,000 unit-200 mg-60 unit-2mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
off active 15 % topical spray ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
off deep woods 25 % topical pump spray; off deep woods 25 % topical spray ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
off deep woods dry 25 % topical spray powder ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
off familycare (with deet) 15 % topical spray powder; off familycare (with deet) 5 %, 7 % topical spray ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
omnicap 0.4 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
once daily tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
oncovite tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
one daily 0.4 mg-600 mcg tablet; one daily 300 mg-18 mg-400 mcg-50 mg tablet; one daily tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
one daily calcium/iron tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
ONE DAILY COMPLETE 18 MG-0.4 MG TABLET; ONE DAILY COMPLETE TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
one daily energy tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
one daily essential 0.4 mg tablet; one daily essential tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
one daily for men 0.4 mg-600 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
one daily for men 50+ advanced 400 mcg-600 mcg-120 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
one daily for women 18 mg-0.4 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
one daily maximum 18 mg-0.4 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
eql one daily maximum tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
one daily men's 50+ 400 mcg-120 mg tablet; one daily men's 50+ 400 mcg-600 mcg-120 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
one daily multivitamins with minerals tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
one daily multivitamin with iron (folic acid) 18 mg-400 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
one daily multivitamin tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
one daily plus iron 18 mg-400 mcg tablet; one daily plus iron tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
ONE DAILY PLUS MINERALS TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
one daily with iron tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
one daily women 50 plus 400 mcg-120 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
one daily women's 18 mg iron-400 mcg-450 mg ca, 27-0.4 mg tablet; one daily women's 27 mg-0.4 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
one daily women's health 18 mg iron-400 mcg-450 mg ca tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
one daily women's metabolism 300 mg-18 mg-400 mcg-50 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
ONE WAY VALVED MOUTHPIECE DEVICE ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
ONE-A-DAY CHOLESTEROL PLUS 0.4 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
one-a-day essential tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
one-a-day maximum formula tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
one-a-day teen advantage 18 mg-400 mcg tablet; one-a-day teen advantage 18-400 mg-mcg, 9 mg iron-400 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
ONE-A-DAY WOMENS FORMULA 18 MG IRON-400 MCG-500 MG CA TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
opcicon one-step 1.5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
opti-vitamins 1,000 unit-200 mg-60 unit-2mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
ORA-PLUS ORAL SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
ORA-SWEET ORAL LIQUID ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
ORA-SWEET SF ORAL LIQUID ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
ORAL SUSPEND ORAL ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
ORAL SYRUP ORAL LIQUID ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
ORAL SYRUP SF ORAL LIQUID ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
oralyte oral solution ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
os-cal 500 + d3 500 mg (1,250 mg)-200 unit tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
OS-CAL 500 + D3 500 MG (1,250 MG)-600 UNIT TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
oysco 500/d 500 mg (1,250 mg)-200 unit tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
OYSCO D 250 MG-125 UNIT TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
oysco-500 500 mg calcium (1,250 mg) tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
oyster shell + d3 250 mg-125 unit tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
oyster shell calcium 500 mg calcium (1,250 mg) tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
oyster shell calcium 500 500 mg calcium (1,250 mg) tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
oyster shell calcium-vitamin d3 250 mg-125 unit tablet; oyster shell calcium-vitamin d3 500 mg (1,250 mg)-400 unit tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
oystercal-d 500 mg (1,250 mg)-400 unit tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
p-col rite 8.6 mg-50 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
PAIN AND FEVER 325 MG, 500 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
pain relief 160 mg/5 ml oral liquid; pain relief 500 mg capsule; pain relief 500 mg tablet; pain relief 650 mg tablet,extended release ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>pain relief (acetaminophen-aspirin-caff) 250 mg-250 mg-65 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>pain relief extra strength 500 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>pain relief regular strength 325 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>pain reliever 325 mg, 500 mg tablet; pain reliever 500 mg capsule</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>pain reliever (acetaminophen-aspirin) 250 mg-250 mg-65 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>pain reliever extra strength 500 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>pain reliever plus 250 mg-250 mg-65 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>pain-off 250 mg-250 mg-65 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>pamprin max 250 mg-250 mg-65 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
PANDA MASK ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
PEDI-BORO SOAK 839 MG-1,191 MG TOPICAL POWDER IN PACKET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
PEDIA-LAX 2.8 GRAM/2.7 ML RECTAL SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>pediacare fever reducer 160 mg/5 ml oral suspension</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
PEDIALYTE ORAL SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
PEDIALYTE ADVANCED CARE ORAL SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
PEDIALYTE FREEZER POPS ORAL SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
PEDIALYTE SINGLES ORAL SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>pediatric cough and cold 1 mg-15 mg-5 mg/5 ml oral liquid; pediatric cough and cold 1-15-5 mg/5 ml, 100 mg/5 ml oral liquid</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>pediatric electrolyte oral solution</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>pediatric enema 9.5 gram-3.5 gram/59 ml</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>pediatric freezer pops oral solution</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
PEDIATRIC MEDIUM MASK ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>sm animal shapes tab chew</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
PEDIATRIC PANDA MASK ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
PEDIATRIC SMALL MASK ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>peg3350 17 gram/dose oral powder</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>pep-t-med 262 mg chewable tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
PEPCID AC 10 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>peptic relief 262 mg chewable tablet; peptic relief 262 mg/15 ml oral suspension</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
PEPTO-BISMOL 262 MG CHEWABLE TABLET; PEPTO-BISMOL 262 MG/15 ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
PEPTO-BISMOL MAX ST 525 MG/15 ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
PEPTO-BISMOL TO-GO 262 MG CHEWABLE TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
PERDIEM OVERNIGHT RELIEF 15 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
PERI-COLACE 8.6 MG-50 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
PERIGUARD TOPICAL OINTMENT ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
cvs permethrin 1% lotion ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
PERSA-GEL 10 % TOPICAL ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
pharbedryl 25 mg, 50 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
pharbetol 325 mg, 500 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
pharmacist favorite multi-vit tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
phillips liqui-gels 100 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
PHILLIPS MILK OF MAGNESIA 400 MG/5 ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
pin-x 50 mg/ml oral suspension ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
pink bismuth 262 mg chewable tablet; pink bismuth 262 mg tablet; pink bismuth 262 mg/15 ml, 525 mg/15 ml oral suspension ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
pink bismuth maximum strength 525 mg/15 ml oral suspension ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
PLAN B ONE-STEP 1.5 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
prenatal tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
pv poly bacitracin ointment ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
POLY-VI-SOL 750 UNIT-35 MG-400 UNIT/ML ORAL DROPS ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
POLY-VI-SOL WITH IRON 750 UNIT-400 UNIT-10 MG/ML ORAL DROPS ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
poly-vita 1,500 unit-35 mg-400 unit/ml oral drops ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
poly-vita (iron) 1,500 unit-400 unit-10 mg/ml oral drops ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
POLY-VITAMIN 1,500 UNIT-35 MG-400 UNIT/ML ORAL DROPS ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
POLY-VITAMIN WITH IRON 1,500 UNIT-400 UNIT-10 MG/ML ORAL DROPS ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
POLY-VITAMINS CHEWABLE TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
polyethylene glycol 3350 powd ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
POLYSPORIN 500 UNIT-10,000 UNIT/GRAM TOPICAL OINTMENT ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
polyvinyl alcohol 1.4 % eyedrop ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
polyvitamin/iron chewable tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
povidone-iodine 10% ointment; povidone-iodine 10% swabstick; povidone-iodine 7.5% scrub; qc povidone-iodine 10% soln ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
powderlax 17 gram/dose oral ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
prenatal 28 mg iron-800 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
prenatal formula 28 mg iron-800 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
prenatal multivitamins tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
prenatal tablet 28 mg iron-800 mcg ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
prenatal tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>prenatal vitamins with minerals 28 mg iron-800 mcg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>preparation h hydrocortisone 1 % topical cream</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
PRESERVISION AREDS 14,320 UNIT-226 MG-200 UNIT CAPSULE; PRESERVISION AREDS 7,160 UNIT-113 MG-100 UNIT TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
PROFE FORTE CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>promolaxin 100 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
PRORENAL 8 MG IRON-800 MCG-1,000 UNIT TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
PRORENAL QD 400 MCG-500 UNIT CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
PROSIGHT 5,000 UNIT-60 MG-30 UNIT TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
PROSIGHT WITH LUTEIN 60 MG-30 UNIT-6 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>provil 200 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>gpn pseudoephedrine er 120 mg; pseudoephed 30 mg/5 ml soln; pseudoephedrine 30 mg, 60 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>psyllium fiber 0.52 g capsule</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>pure and gentle disposable 19 gram-7 gram/118 ml enema</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>purelax 17 gram, 17 gram/dose oral powder; purelax 17 gram, 17 gram/dose oral powder packet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>q-dryl 12.5 mg/5 ml oral liquid; q-dryl 25 mg capsule</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>q-pap 160 mg/5 ml oral liquid; q-pap 325 mg, 500 mg tablet; q-pap 80 mg/0.8 ml oral drops</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>q-pap extra strength 500 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>q-tussin 100 mg/5 ml oral liquid</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>q-tussin dm 10 mg-100 mg/5 ml syrup</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>quenalin 12.5 mg/5 ml syrup</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>quintabs-m iron free 0.4 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>quit 2 mg buccal lozenge; quit 2 mg gum</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>quit 4 mg buccal lozenge; quit 4 mg gum</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>ready-to-use enema 19 gram-7 gram/118 ml</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>recort plus 1 % topical cream</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>reese's pinworm medicine 50 mg/ml oral suspension</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
REFRESH LACRI-LUBE 56.8 %-42.5 % EYE OINTMENT ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>reguloid 0.52 gram capsule; reguloid oral powder</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>reguloid, sugar free oral powder</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
REMEDY ANTIFUNGAL 2 % TOPICAL CREAM ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>remedy antifungal 2 % topical powder</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
remedy phytoplex antifungal 2 % topical ointment; remedy phytoplex antifungal 2 % topical powder ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
rena-vite 0.8 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
renal vitamin 0.8 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
repel 100 98.11 % topical pump spray ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
repel family 10 % topical spray; repel family 15 % topical spray powder ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
repel hunter's 25 % topical spray ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
repel sportsmen 25 % topical spray ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
repel sportsmen dry 25 % topical spray ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
repel sportsmen max 40 % lotion; repel sportsmen max 40 % topical pump spray; repel sportsmen max 40 % topical spray ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
repel tick defense 15 % topical spray ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
ri-gel 200 mg-200 mg-20 mg/5 ml oral suspension ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
ri-gel ii 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral suspension ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
ri-mox 200 mg-200 mg-20 mg/5 ml oral suspension ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
ri-tussin 100 mg/5 ml oral liquid ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
ri-tussin dm 10 mg-100 mg/5 ml syrup ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
RID COMPLETE LICE ELIMINATION KIT 0.5 % SPRAY; RID COMPLETE LICE ELIMINATION KIT 4 %-0.33 %-0.5 % TOPICAL ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
rid lice killing 0.33 %-4 % shampoo ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
ringworm 1 % topical cream ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
risacal-d 105 mg-120 unit tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
RISANOID PLUS TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
robafen 100 mg/5 ml oral liquid ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
robafen dm cough 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
robafen dm cough-chest congestion 10 mg-100 mg/5 ml syrup ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
robitussin cough-chest congestion dm 10 mg-200 mg capsule; robitussin cough-chest congestion dm 10 mg-200 mg/5 ml oral liquid ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
ROBITUSSIN MUCUS-CHEST CONGEST ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
RULOX 200 MG-200 MG-20 MG/5 ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
safe tussin dm 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
saline mist 0.65 % nasal spray aerosol ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
saline nasal 0.65 % spray aerosol ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
saline nasal mist 0.65 % spray aerosol ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
saline nose 0.65 % spray aerosol ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
SANI-SUPP (ADULT) RECTAL ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
SANI-SUPP (INFANT) RECTAL ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
scalp relief 1 % topical solution ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
scalpicin anti-itch 1 % topical solution ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
scooby-doo one a day chewable tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
SCOT-TUSSIN EXPECTORANT 100 MG/5 ML ORAL LIQUID ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
scrub care povidone iodine 10 % topical solution ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
sea soft nasal mist 0.65 % spray aerosol ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
secura antifungal 2 % topical cream ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
secura antifungal extra thick 2 % topical cream ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
sen-o-tab 8.6 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
senexon 8.6 mg tablet; senexon 8.8 mg/5 ml syrup ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
senexon-s 8.6 mg-50 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
senior tabs 0.4 mg-300 mcg-250 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
SENNA 176 MG/5 ML SYRUP ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
senna 8.6 mg tablet; senna 8.8 mg/5 ml syrup ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
senna lax 8.6 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
senna laxative 8.6 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
senna laxative-stool softener 8.6 mg-50 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
senna plus 8.6 mg-50 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
senna with docusate sodium 8.6 mg-50 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
senna-s 8.6 mg-50 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
senna-time s 8.6 mg-50 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
sennalax-s 8.6 mg-50 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
senno 8.6 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
sennosides-docusate sodium tab ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
SENOKOT 8.6 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
SENOKOT TO GO 8.6 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
SENOKOT-S 8.6 MG-50 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
sentry 18 mg-400 mcg tablet; sentry 18 mg-500 mcg-300 mcg-250 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
sentry senior 0.4 mg-300 mcg-250 mcg tablet; sentry senior 500 mcg-300 mcg-250 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
shake that ache 500 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
SIDESTREAM PEDIATRIC FACE MASK ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
silace 50 mg/5 ml oral liquid; silace 60 mg/15 ml syrup ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>siladryl sa 12.5 mg/5 ml oral liquid</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
SILAPAP INFANT'S DROPS ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
SILICONE MASK - PEDIATRIC ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>silphen cough 12.5 mg/5 ml syrup</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>siltussin dm das 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>siltussin sa 100 mg/5 ml oral liquid</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>siltussin-dm 10 mg-100 mg/5 ml syrup</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
SYRUP VEHICLE ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>skin protectant a and d topical ointment</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>smooth antacid 300 mg (750 mg) chewable tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>smoothlax 17 gram, 17 gram/dose oral powder; smoothlax 17 gram, 17 gram/dose oral powder packet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>sochlor 5 % eye drops; sochlor 5 % eye ointment</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>sodium bicarb 325 mg, 650 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>cvs sodium chloride 5% eye drp; cvs sodium chloride 5% oint</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>sof-lax 100 mg capsule</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>soluble fiber 500 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>soothe (bismuth subsalicylate) 262 mg chewable tablet; soothe (bismuth subsalicylate) 262 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>soothe regular strength 262 mg/15 ml oral suspension</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>soothing care (hydrocortisone) 1 % topical cream</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>sorbugen nr 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>spectravite adult 50+ 0.4 mg-300 mcg-250 mcg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>spectravite advanced formula 18 mg-400 mcg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>spectravite men's 8 mg iron-200 mcg-600 mcg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>spectravite senior 500 mcg-300 mcg-250 mcg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>cvs spectravite senior</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>spectravite ultra men 50+ 300 mcg-600 mcg-300 mcg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>spectravite ultra men's senior 300 mcg-600 mcg-300 mcg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>spectravite ultra women 18 mg-400 mcg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>spectravite ultra women's senior 8 mg iron-400 mcg-300 mcg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>st joseph aspirin 81 mg chewable tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>st. joseph aspirin 81 mg tablet, delayed release</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>stimulant laxative plus 8.6 mg-50 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
<i>stomach relief 262 mg chewable tablet; stomach relief 262 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
stomach relief max strength 525 mg/15 ml oral suspension ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
stomach relief original 262 mg/15 ml oral suspension ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
stool softener 100 mg tablet; stool softener 100 mg, 240 mg, 250 mg, 50 mg capsule; stool softener 50 mg/5 ml oral liquid; stool softener 60 mg/15 ml syrup ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
stool softener-stimulant laxative 8.6 mg-50 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
stop lice 0.5 % spray ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
stop smoking aid 2 mg, 4 mg buccal lozenge ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
pv stress 500 tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
pv stress 500 plus zinc tab ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
stress b with zinc tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
stress b-biotin tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
stress formula 600 c tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
stress formula advanced 0.4 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
STRESS FORMULA WITH IRON 500 MG-400 MCG-18 MG IRON TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
STRESS FORMULA WITH ZINC TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
STUART ONE 27 MG IRON-800 MCG-200 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
STUART PRENATAL TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
sudogest 30 mg, 60 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
super b complex-vitamin c tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
super b-50 complex capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
super b-50 complex plus tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
super calcium 600 mg (1,500 mg) tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
super multiple tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
SUPER MULTIVITAMIN TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
super pain relief 250 mg-250 mg-65 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
super quints b-50 tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
super thera vite m tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
superplex-t tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
suphedrin 15 mg/5 ml oral liquid; suphedrin 30 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
suphedrine 30 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
suppository adult rectal ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
SURFAK 240 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
SURGILUBE TOPICAL GEL ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
SWEEN 24 6 % TOPICAL CREAM ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
SWEET-SF ORAL LIQUID ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
tab a vite tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
tab-a-vite tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
tab-a-vite-minerals tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
tab-a-vite/iron tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
tactinal 325 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
tactinal extra strength 500 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
TAKE ACTION 1.5 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
tears again (pva) 1.4 % eye drops ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
tears naturale-ii eye drops ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
tears pure eye drops ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
terbinafine 1% cream ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
the magic bullet 10 mg rectal suppository ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
thera tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
THERA M PLUS (FERROUS FUMARATE) 9 MG IRON-400 MCG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
THERA VITAMIN TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
thera-m 9 mg iron-400 mcg tablet; thera-m tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
thera-tabs tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
theralogix companion 0.4 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
therapeutic m + beta-carotene 18 mg-0.4 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
therapeutic-m 9 mg iron-400 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
theraseal 1 % topical cream ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
theratrum complete 50 plus with lutein tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
theratrum complete with lutein tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
THEREMS TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
THEREMS-H 27 MG-0.33 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
THEREMS-M 27 MG-0.4 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
cvs tioconazole 1 6.5% ointmnt ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
tioconazole-1 6.5 % vaginal ointment ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
total allergy medicine 25 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
total b/c tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
total fiber powder ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
total home insect repellent 30 % topical spray ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
travel sickness 50 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
tri-biozene 3.5 mg-500 unit-10,000 unit/gram topical ointment ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
tri-buffered aspirin 325 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
TRI-VI-SOL 750 UNIT-35 MG-400 UNIT/ML ORAL DROPS ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
tri-vita 1,500 unit-35 mg-400 unit/ml oral drops ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
tri-vitamin 1,500 unit-35 mg-400 unit/ml oral drops ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
triple antibiotic 3.5 mg-400 unit-5,000 unit/gram topical ointment ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
triple antibiotic (pram) extra 3.5 mg-500 unit-10,000 unit/g top oint ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
triple antibiotic plus 3.5 mg-500 unit-10,000 unit/gram top ointment ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
triple antibiotic-pain relief 3.5 mg-500 unit-10,000 unit/gram ointmnt ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
triple paste af 2 % topical ointment ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
trixaicin 0.025% cream ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
trixaicin hp 0.075% cream ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
TROMBONEX 150 MG-150 MG-150 MG-150 MG-150 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
TRUSTEX LATEX CONDOM ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
TRUSTEX LUBRICATED CONDOMS ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
TRUSTEX NON-LUBRICATED CONDOMS ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
TRUSTEX-RIA LUBRICATED/SPERMICIDE CONDOM ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
TRUSTEX-RIA LUBRICATED CONDOMS ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
TRUSTEX-RIA NON-LUBRICATED CONDOMS ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
TUMS 200 MG CALCIUM (500 MG), 300 MG (750 MG) CHEWABLE TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
TUMS E-X 300 MG (750 MG) CHEWABLE TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
TUMS EXTRA STRENGTH SMOOTHIES 300 MG (750 MG) CHEWABLE TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
TUMS FRESHERS 200 MG CALCIUM (500 MG) CHEWABLE TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
TUMS ULTRA 400 MG (1,000 MG) CHEWABLE TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
tusnel diabetic 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
tussin 100 mg/5 ml oral liquid; tussin 400 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
tussin chest congestion 100 mg/5 ml oral liquid ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
pv tussin cough dm liquid ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
tussin cough and chest congestion 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
tussin dm 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid; tussin dm 10 mg-100 mg/5 ml syrup; tussin dm 20 mg-400 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
tussin dm clear 10 mg-100 mg/5 ml syrup ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
tussin dm cough 10 mg-100 mg/5 ml syrup ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
tussin dm cough and chest 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid; tussin dm cough and chest 10 mg-100 mg/5 ml syrup; tussin dm cough and chest 10 mg-200 mg/5 ml oral liquid ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
pv tussin dm max liquid; tussin dm max 10 mg-200 mg/5 ml oral liquid ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
tussin expectorant 100 mg/5 ml oral liquid ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
tussin honey 100 mg/5 ml oral liquid ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
TYLENOL 325 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
tylophen 500 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
ultimate men's complete 50+ 300 mcg-600 mcg-300 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
ultimate women's complete 50+ 8 mg iron-400 mcg-300 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
ultra a-d 2 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
ultra b-100 complex tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
ultra dm free and clear 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
ultra fresh pm eye ointment ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
ultra strength antacid 400 mg (1,000 mg) chewable tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
ultra strength calcium antacid 400 mg (1,000 mg) chewable tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
ultra tuss safe 10 mg-100 mg/5 ml syrup ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
ultrathon 25 % topical spray; ultrathon 34.34 % lotion ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
UNICOMPLEX-M TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
VAGISTAT-1 6.5 % VAGINAL OINTMENT ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
vagistat-3 200 mg-2 % (9 gram) vaginal kit ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
valu-dryl allergy 12.5 mg/5 ml oral liquid; valu-dryl allergy 25 mg capsule; valu-dryl allergy 25 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
vegetable laxative 8.6 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
verticalm 25 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
viactiv 500 mg-500 unit-40 mcg chewable tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
vicks qlearquil allergy 10 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
vicks qlearquil nighttime allergy relief 25 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
vision tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
vision formula (with lutein) 1,000 unit-200 mg-60 unit-2mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
vision plus lutein tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
VITA-BEE WITH C TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
vitalee 0.4 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
VITALETS 10 MG IRON CHEWABLE TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
vitalets chewable tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
vitamin a & d ointment ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
vitamin a and d grx topical ointment; vitamin a and d grx topical ointment in packet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
b complex capsule; pv b complex tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
vitamin d3 400 unit tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
vitamins and minerals tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
vitamins b complex 500 mg-400 mcg-18 mg iron tablet; vitamins b complex capsule; vitamins b complex tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
VITAMINS FOR HAIR TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
VITATRUM 18 MG-500 MCG-300 MCG-250 MCG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
VITRUM SENIOR 500 MCG-300 MCG-250 MCG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
vitrum senior tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
cvs vitamin a & d ointment; ra vitamin a & d ointment pkt ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
VORTEX FROG MASK-CHILD ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
VORTEX LADYBUG MASK-TODDLER ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
wal-dram 50 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
wal-dryl allergy 12.5 mg/5 ml oral liquid; wal-dryl allergy 25 mg capsule; wal-dryl allergy 25 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
wal-itin 10 mg, 10 mg disintegrating tablet; wal-itin 10 mg, 10 mg tablet; wal-itin 5 mg/5 ml oral solution ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
wal-mucil fiber 0.52 gram capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
wal-mucil fiber (aspartame) 3.4 gram/5.8 gram oral powder ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
wal-mucil fiber (sugar) 3.4 gram/7 gram oral powder ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
wal-mucil natural fiber laxative 3.4 gram/12 gram oral powder ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
wal-phed 30 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
wal-profen 200 mg capsule; wal-profen 200 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
wal-proxen 220 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
wal-sporin 500 unit-10,000 unit/gram topical ointment ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
wal-tussin 100 mg/5 ml oral liquid ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
wal-tussin dm 10 mg-100 mg/5 ml syrup ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
wal-tussin dm clear 10 mg-100 mg/5 ml syrup ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
wal-zan 75 75 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
wal-zyr (cetirizine) 1 mg/ml oral solution; wal-zyr (cetirizine) 10 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
wart remover 17 % topical liquid ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
woman's laxative 5 mg tablet, delayed release ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
women's daily formula 18 mg iron-400 mcg-500 mg ca, 27-0.4 mg tablet; women's daily formula 27 mg-0.4 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
women's gentle laxative (bisacodyl) 5 mg tablet, delayed release ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
women's laxative (bisacodyl) 5 mg tablet, delayed release ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
women's one daily 18 mg iron-400 mcg-500 mg ca tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
womans stool softener 100 mg ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
yelets 18 mg-400 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
ZANTAC 75 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
zeasorb (miconazole) 2 % topical powder ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
gnp zinc oxide 20% ointment ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
ZINC WITH VITAMINS A AND C 15 MG LOZENGES ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
zoo chews tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
zoo friends 15 mg chewable tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
zoo friends original 300 mcg chewable tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	
ZYRTEC 10 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 4)	



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.

Índice de medicamentos

A		acetazolamide	89
a + d (lan, pet)	119	acetazolamide sodium	89
a thru z	119	acetic acid	89
a thru z advanced formula	119	acetylcysteine	105, 112
a thru z high potency	119	acid controller	120
a thru z men's ultimate	119	acid gone antacid	120
a thru z select	119	acid gone antacid e.strength	120
a thru z select women's	119	acid reducer (famotidine)	120
a thru z select 50+ formula	119	acid reducer (ranitidine)	120
α-hydrocort	95	acitretin	113
abacavir	12	acne and blackhead terminator	120
abacavir-lamivudine	12	acne control cleanser	120
abacavir-lamivudine-zidovudine	12	acne medication	120
abc plus	119	acne treatment (benzoyl perox)	120
ABELCET	12	acne vanishing	120
ABILIFY	57	acne-clear	120
ABILIFY DISCMELT	57	ACTHIB (PF)	32, 42
ABILIFY MAINTENA	57	ACTIMMUNE	105
ABRAXANE	23	acyclovir	12, 113
acamprosate	57	acyclovir sodium	12
acarbose	95	ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF)	32, 42
ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER	109	ADAGEN	88
acebutolol	50	ADCIRCA	50
ACEPHEN	119	added strength headache relief	120
acetaminophen	120	added strength pain reliever	120
acetaminophen extra strength	120	adefovir	12
acetaminophen pain relief	120	ADEMPAS	112
acetaminophen-codeine	57	adt robitussin peak cld dm max	120
acetasol hc	89	adult cough formula dm max	120

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



adult low dose aspirin	120	ALCOHOL PADS	113
adult robatussin peak cold dm	120	ALCOHOL PREP PADS	113
adult tussin cough congest dm	120	ALCOHOL PREP SWABS	113
adult tussin dm	120	ALCOHOL SWABS	113
adult wal-tussin	120	ALCOHOL WIPES	113
adult wal-tussin dm max	120	ALECENSA	23
adults 50+ daily formula	120	alendronate	105
adults' daily formula	120	aler-cap	121
advanced antacid-antigas	120	aler-tab	121
advil	120	ALEVE	121
ADVOCATE PEN NEEDLES	75	alfuzosin	40
ADVOCATE SYRINGES	75	ALIMTA	24
AEROCHAMBER MINI	109	ALINIA	12
AEROCHAMBER MV	109	ALKERAN	24
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU	109	all day allergy (cetirizine)	121
AEROCHAMBER PLUS Z STAT	109	all day allergy relief(cetir)	121
AEROCHAMBER WITH FLOWSIGNAL	109	all day pain relief	121
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS	109	all day relief	121
AEROGear ASTHMA ACTION KIT	109	aller-g-time	121
AEROTRACH PLUS	109	aller-tec	121
afeditab cr	50	allerclear	121
AFINITOR	23	allergy	121
AFINITOR DISPERZ	23	allergy (diphenhydramine)	121
AFTERA	121	allergy medication	121
AGGRENOX	50	allergy medicine	121
ak-poly-bac	89	allergy relief (cetirizine)	121
AKWA TEARS (POLYVINYL ALCOHOL)	121	allergy relief (loratadine)	121
alavert	121	allergy relief(diphenhydramin)	121
ALBENZA	12	allopurinol	105
albuterol sulfate	40	ALMACONE	121
alclometasone	113	almacone-2	121

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



aloe vesta antifungal (micon)	121	AMINOSYN 8.5 %-ELECTROLYTES	84
ALOE VESTA SKIN CONDITIONER 2	121	AMINOSYN-HBC 7%	84
alophen	121	AMINOSYN-PF 10 %	84
alosetron	92	AMINOSYN-PF 7 % (SULFITE-FREE)	84
alprazolam	57, 58	amiodarone	50
ALSUMA	58	amitriptyline	58
ALTABAX	113	amlodipine	50
altachlore	121	amlodipine-atorvastatin	50
altamist	121	amlodipine-benazepril	50
altavera (28)	95	ammonium chloride	84
aluminum hydroxide gel	122	ammonium lactate	114
amabelz	95	amoxapine	58
amantadine hcl	58	amoxicillin	12
AMBISOME	12	amoxicillin-pot clavulanate	12
ambizine	122	amphotericin b	12
amcinonide	114	ampicillin	12
amethia lo	95	ampicillin sodium	12
AMICAR	32, 42	ampicillin-sulbactam	12
amifostine crystalline	105	AMPYRA	105
amikacin	12	ANADROL-50	95
amiloride	83	anagrelide	32, 42
amiloride-hydrochlorothiazide	83	anastrozole	24
aminophylline	118	ANDROGEL	95
AMINOSYN II 10 %	84	androxy	95
AMINOSYN II 15 %	84	anecream	122
AMINOSYN II 7 %	84	animal chews	122
AMINOSYN II 8.5 %	84	animal shape vitamins	122
AMINOSYN II 8.5 %-ELECTROLYTES	84	animal shapes complete	122
AMINOSYN M 3.5 %	84	animal shapes plus iron	122
AMINOSYN 10 %	83	antacid (calcium carbonate)	122
AMINOSYN 8.5 %	83	antacid anti-gas	122

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



antacid anti-gas double str	122	antiseptic solution	123
antacid exst (mag carb-al hyd)	122	antitussive dm	123
antacid ext str (calcium carb)	122	anu-med	123
antacid extra-strength	122	APOKYN	58
antacid liquid	122	apraclonidine	89
antacid m	122	apri	95
antacid maximum strength	122	APRISO	92
antacid plus anti-gas	122	APTiom	58
antacid regular strength	122	APTIVUS	12
antacid ultra strength	122	AQUADEKS	123
antacid with simethicone	122	AQUADEKS PEDIATRIC	123
antacid-antigas	122	aquanil hc	123
antacid-simethicone	122	AQUASOL A	109
antacid-simethicone ds	122	ARALAST NP	112
anti-diarrhea	122	aranelle (28)	95
anti-diarrheal	122	ARCALYST	105
anti-diarrheal (loperamide)	122	argatroban	32, 43
anti-fungal	122	aripiprazole	58
anti-itch (hc)	123	ARISTADA	58
anti-nausea	123	armodafinil	58
antibiotic (bacitracin zinc)	123	ARRANON	24
antibiotic (neomy-bacit-polym)	123	arthritis pain relief(capsaic)	123
antibiotic-pain relief (bacit)	123	ARTIFICIAL TEARS (PETRO/MIN)	123
antifungal (clotrimazole)	123	artificial tears (polyvin alc)	123
antifungal (terbinafine)	123	artificial tears(dext70-hydro)	123
antifungal cream	123	artificial tears(hypromellose)	123
antihistamine	123	artificial tears(pvalch-povid)	123
ANTIOXIDANT FORMULA (SELENIUM)	123	ARZERRA	24
antioxidant vitamins	123	ASMANEX HFA	112
antiseptic	123	ASMANEX TWISTHALER	112
antiseptic skin clnsr(chlorhe)	123	aspir-low	123

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



aspir-trin	123	AUTOPEN 2 TO 32 UNITS	75
aspir-81	123	AUTOPEN 2 TO 42 UNITS	75
aspirin	123	AVANDIA	95, 96
aspirin childrens	124	AVASTIN	24
aspirin low dose	124	aviane	96
aspirin low-strength	124	AVODART	105
aspirin-dipyridamole	50	AVONEX	105
aspirin, buffered	124	AVONEX (WITH ALBUMIN)	105
ASSURE ID INSULIN SAFETY	75	AYR SALINE	124
ASTHMAPACK CHILDREN'S	109	azacitidine	24
ATELVIA	105	AZASAN	105
atenolol	50	AZASITE	89
atenolol-chlorthalidone	50	azathioprine	105
athenol	124	azathioprine sodium	105
athlete's foot	124	azelastine	89
athlete's foot (clotrimazole)	124	AZILECT	58
athlete's foot (terbinafine)	124	azithromycin	13
athlete's foot af	124	azolen tincture	124
athletic foot cream	124	AZOPT	89
atorvastatin	51	aztreonam	13
atovaquone	12	azurette (28)	96
atovaquone-proguanil	12	B	
ATRIPLA	13	b complete	124
atropine	40, 89	b complex 1	124
ATROVENT HFA	40	b complex-vitamin b12	124
aubra	95	b-complex	124
auraphene-b	124	b-complex with vitamin c	124
AURO EARDROPS	124	b-100 complex	124
AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE	75	b-50 complex	124
AUTOPEN 1 TO 16 UNITS	75	bacitracin	13, 89, 124
AUTOPEN 1 TO 21 UNITS	75	bacitracin-polymyxin b	89, 124

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



bacitracin plus	124	BD INSULIN SYRINGE MICRO-FINE	76
baclofen	40	BD INSULIN SYRINGE SAFETY-LOK	76
bal b-100	124	BD INSULIN SYRINGE SLIP TIP	76
bal b-50	124	BD INSULIN SYRINGE ULT-FINE II	76
balance b-100	124	BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE	76
balance b-50	124	BD INTEGRA INSULIN SYRINGE	76
BALANCED B-100	124	BD LO-DOSE MICRO-FINE IV	76
BALANCED B-100 COMPLEX	124	BD LO-DOSE ULTRA-FINE	76
balanced b-50	124	BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE	76
balanced b-50 complex	124	BD SAFETYGLIDE SYRINGE	76
balsalazide	92	BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLES	76
ban-acid	124	bedding spray	125
BAND-AID GAUZE PADS	112	bee-zee	125
banophen	125	bekyree (28)	96
banophen allergy	125	BELEODAQ	24
BANZEL	58	BENADRYL	125
BARACLUDE	13	benazepril	51
BAYER ASPIRIN	125	benazepril-hydrochlorothiazide	51
BAYER CHEWABLE ASPIRIN	125	BENDEKA	24
baza antifungal	125	BENLYSTA	105
BAZA PROTECT	125	benzoyl peroxide	125
bcg vaccine, live (pf)	32, 43	benztropine	58
BD ALCOHOL SWABS	114	BESIVANCE	89
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE	75	best fiber	125
BD AUTOSHIELD PEN NEEDLE	75	beta-hc	125
BD ECLIPSE LUER-LOK	76	BETADINE	125
BD INSULIN PEN NEEDLE UF MINI	76	BETADINE SKIN CLEANSER	125
BD INSULIN PEN NEEDLE UF ORIG	76	BETADINE SURGICAL SCRUB	125
BD INSULIN PEN NEEDLE UF SHORT	76	BETADINE SWABSTICKS	125
BD INSULIN SYRINGE	76	betamethasone dipropionate	114
BD INSULIN SYRINGE HALF UNIT	76	betamethasone valerate	114

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



betamethasone, augmented	114	BOSULIF	24
betasept surgical scrub	125	bp	125
betatemp	125	BREATHERITE	109
betaxolol	89	BREATHRITE	109
bethanechol chloride	40	BREWER'S YEAST	125
BETHKIS	13	BRILINTA	33, 43
bexarotene	24	brimonidine	89
BEXSERO (PF)	32, 43	BRINTELLIX	59
bicalutamide	24	BRIVIACT	59
BICILLIN C-R	13	bromocriptine	59
BICILLIN L-A	13	BROVANA	40
BICNU	24	budesonide	96, 112
BIDIL	51	buffered aspirin	125
biocotron	125	bufferin	126
bisa-lax	125	bumetanide	84
BISAC-EVAC	125	BUPHENYL	84
bisacodyl	125	buprenorphine hcl	59
biscolax	125	buproban	59
bismatrol	125	bupropion hcl	59
bismuth	125	bupropion hcl (smoking deter)	59
bismuth subsalicylate	125	buspirone	59
bisoprolol fumarate	51	BUSULFEX	24
bisoprolol-hydrochlorothiazide	51	butalbital compound w/codeine	59
bleomycin	24	butalbital-acetaminop-caf-cod	59
BLEPHAMIDE	89	butalbital-acetaminophen	59
BLEPHAMIDE S.O.P.	89	butalbital-acetaminophen-caff	59
blisovi fe 1.5/30 (28)	96	butalbital-aspirin-caffeine	59
blisovi fe 1/20 (28)	96	BUTISOL	59
BONINE	125	butorphanol tartrate	59, 60
BOOSTRIX TDAP	32, 33, 43	C	
BORDERED GAUZE	112	ca-d3-mag ox-zinc-cop-mang-bor	126

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



CABOMETYX	24	calcium 500 with d	126
calamine	126	calcium 600	126
calamine-zinc oxide	126	calcium 600 + d(3)	126
calci-chew	126	calcium 600 + minerals	126
CALCI-MIX	126	calcium 600 with vitamin d3	126
CALCIONATE	126	CALCIUM 600-D3 PLUS	126
calcipotriene	114	calcium+d	127
calcitonin (salmon)	96	calcium-vitamin d3-vitamin k	127
calcitrate	126	calphron	127
calcitrate-vitamin d	126	CALTRATE WITH VITAMIN D3	127
calcitriol	118	CALTRATE 600 + D	127
calcium acetate	84, 111, 126	CALTRATE 600+D PLUS MINERALS	127
calcium antacid	126	calvite p and d	127
calcium antacid tropical	126	camila	96
calcium antacid ultra max st	126	CAMPATH	24
calcium carb-mag ox-zinc sulf	126	CAMRESE	109
calcium carbonate	126	CAMRESE LO	96
calcium carbonate-vit d3-min	126	CANASA	92
calcium carbonate-vitamin d3	126	CANCIDAS	13
CALCIUM CHLORIDE	109	candesartan	51
calcium citrate +	126	candesartan-hydrochlorothiazid	51
calcium citrate + d	126	capacet	60
calcium citrate-vitamin d3	126	CAPASTAT	13
calcium gluconate	127	CAPITAL WITH CODEINE	60
calcium lactate	127	CAPRELSA	24
calcium magnesium + d	127	capsaicin	127
calcium polycarbophil	127	captopril	51
calcium with vitamin d	127	captopril-hydrochlorothiazide	51
calcium 500	126	CAPZASIN-HP	127
calcium 500 + d	126	CARBAGLU	84
		carbamazepine	60

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



carbamoxide ear drops	127	centamin	127
CARBATROL	60	central vite with lutein	127
carbidopa-levodopa	60	central-vite	127
carboplatin	24	central-vite cardio	127
CAREFINE PEN NEEDLE	76	central-vite men's under 50	127
carisoprodol	40	central-vite select	127
carteolol	89	central-vite senior	127
cartia xt	51	central-vite with lycopene	127
carvedilol	51	central-vite women's mature	127
CAYSTON	13	central-vite women's under 50	127
caziant (28)	96	centram-care	127
cefaclor	13	CENTRUM	127
cefadroxil	13	centrum complete	127
cefazolin	13	CENTRUM KIDS	127
cefazolin in dextrose (iso-os)	13	CENTRUM MEN	127
cefdinir	13	centrum silver	127
cefepime	13	CENTRUM SILVER ULTRA MEN'S	128
cefotaxime	13	CENTRUM SILVER WOMEN	128
cefotetan	13	CENTRUM SPECIALIST ENERGY	128
cefoxitin	13	CENTRUM SPECIALIST HEART	128
cefoxitin in dextrose, iso-osm	13	CENTRUM SPECIALIST PRENATAL	128
cefpodoxime	13	CENTRUM ULTRA MEN'S	128
cefprozil	14	century	128
ceftazidime	14	century adults 50+	128
ceftazidime in d5w	14	century advanced formula	128
ceftriaxone	14	century cardio	128
cefuroxime axetil	14	century cardio health formula	128
cefuroxime sodium	14	century mature	128
CELLCEPT	105	century ultimate men's	128
CELLCEPT INTRAVENOUS	106	century ultimate women's	128
CELONTIN	60	cephalexin	14

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



CERDELGA	106	child's vitamin with iron	129
CEREZYME	88	children's acetaminophen	129
CEROVITE	128	children's aller-tec	129
CEROVITE ADVANCED FORMULA	128	children's allergy (diphenhyd)	129
cerovite jr	128	children's allergy complete	129
CEROVITE SENIOR	128	children's allergy relief(lor)	129
CERTAVITE SENIOR-ANTIOXIDANT	128	children's allergy(cetirizine)	129
certavite-antioxid (iron gluc)	128	children's aspirin	129
certavite-antioxidant	128	children's cetirizine	129
CERVARIX VACCINE (PF)	33, 43	children's chest congestion	129
cetirizine	111, 128	children's chewable complete	129
CETROTIDE	109	children's chewable multivitmn	129
CHANTIX	40	children's chewable vitamin	129
CHANTIX CONTINUING MONTH BOX	40	children's chewable w/minerals	129
CHANTIX STARTING MONTH BOX	40	children's chewables	129
CHEMET	95	children's chewables extra c	129
CHENODAL	92	children's chewables with iron	129
CHERACOL D	128	CHILDREN'S CLARITIN	129
CHERRY FLAVOR	128	children's fever reducing	129
chewable multi vitamin	128	children's iron	129
CHEWABLE-VITE	128	children's medi-tabs	129
CHEWABLE-VITE WITH IRON	128	children's multivit w/extra c	129
child allergy relf(cetirizine)	128	children's non-aspirin	129
child aspirin	128	children's non-aspirin pain	129
child mucinex chest congestion	129	children's pain relief	130
child mucus relief expectorant	129	children's pain reliever	130
child pain rel-fever reducer	129	children's pain-fever relief	130
child suppository	129	children's q-pap	130
child vitamin with minerals	129	children's saline nasal spray	130
child's all day allergy(cetir)	129	children's silapap	130
child's chewable vitamins/iron	129	children's tactinal	130

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



children's wal-dryl allergy	130	citracal regular	130
children's wal-zyr	130	citrucel	130
CHILDREN'S ZYRTEC ALLERGY	130	CITRUCEL (SUCROSE)	130
childs chew vite	130	CITRUCEL SUGAR FREE	130
childs/iron	130	citrus calcium	130
chloramphenicol sod succinate	14	cladribine	24
chlorhexidine gluconate	89, 130	claravis	114
chloroquine phosphate	14	clarithromycin	14
chlorothiazide	84	claritin	130
chlorothiazide sodium	84	CLARITIN REDITABS	130
chlorpromazine	60	clearasil daily clear(benzoyl)	130
chlorthalidone	84	clearlax	130
CHOLBAM	92	clemastine	23
cholecalciferol (vitamin d3)	130	CLICKFINE	76
cholestyramine (with sugar)	51	clindamycin hcl	14
cholestyramine light	51	clindamycin in 5 % dextrose	14
chorionic gonadotropin, human	96	clindamycin palmitate hcl	14
CHROMIUM	109	clindamycin pediatric	14
ciclodan	114	clindamycin phosphate	14, 114
ciclopirox	114	clindamycin-benzoyl peroxide	114
cilostazol	33, 43	CLINIMIX E 2.75%/D10W SUL FREE	84
cimetidine	92	CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE	85
cimetidine hcl	92	CLINIMIX E 4.25%/D25W SUL FREE	85
CINRYZE	106	CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE	85
ciprofloxacin hcl	14, 89	CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE	85
ciprofloxacin in 5 % dextrose	14	CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE	85
ciprofloxacin lactate	14	CLINIMIX E 5%/D25W SULFIT FREE	85
cisplatin	24	CLINIMIX 2.75%/D5W SULFIT FREE	84
citalopram	60	CLINIMIX 4.25%-D20W SULF-FREE	84
citracal + d maximum	130	CLINIMIX 4.25%-D25W SULF-FREE	84
CITRACAL + D PETITES	130	CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE	84

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE	84	COLEMAN HIGH-DRY INSECT REPEL	131
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE)	84	COLEMAN SKINSMART INSECT REP	131
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE	84	COLEMAN SPORTSMEN INSECT REPEL	131
CLINIMIX 5%/D25W SULFITE-FREE	84	COLEMAN 100 MAX INSECT REPEL	131
clobetasol	114	colestipol	51
clobetasol-emollient	114	colistin (colistimethate na)	14
CLOLAR	24	colocort	114
clomipramine	60	COMBIGAN	89
clonazepam	60	COMETRIQ	24, 25
clonidine	51	COMFORT EZ PEN NEEDLES	77
clonidine hcl	51	COMFORT EZ SYRINGE	77
clopidogrel	33, 43	comfort gel	131
clorazepate dipotassium	60	comfort gel extra strength	131
clorpres	51	COMPETE	131
clotrimazole	111, 114, 130	COMPLERA	14
clotrimazole af	130	complete	131
clotrimazole 3 day	130	complete allergy	131
clotrimazole-betamethasone	114	complete allergy medicine	131
clotrimazole-3	131	complete lice treatment	131
clotrimazole-7	131	complete men	131
clozapine	60	complete multi	131
COARTEM	14	complete multi 50+	131
cod liver oil	131	complete multivitamin	131
codeine sulfate	60	complete multivitamin-mineral	131
col-rite	131	complete senior	131
COLACE	131	complete women	131
COLACE CLEAR	131	complete 50+	131
colchicine	106	compound w	131
COLCRYS	106	compro	92
COLEMAN BOTANICALS INSECT	131	COMVAX (PF)	33, 43
		CONDOMS-PREM LUBRICATED	131

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



constulose	85	CRIXIVAN	14
cool bottoms	131	cromolyn	112, 132
COPAXONE	106	cryselle (28)	96
COPPER CHLORIDE	109	CUBICIN	14
CORLANOR	51	CUBICIN RF	14
cormax	114	CUPRIMINE	95
corn-callus remover	131	curad enema	132
CORTAID	132	CURITY ALCOHOL SWABS	114
CORTIFOAM	114	CURITY GAUZE	112
cortisone	96	cutter backwoods	132
cortizone-10	132	cutter backwoods dry	132
cortizone-10 plus	132	cutter lemon eucalyptus	132
COSENTYX	114	cutter natural insect repellnt	132
COSENTYX (2 SYRINGES)	114	cutter natural repellent2	132
COSENTYX PEN	114	cutter skinsations	132
COSENTYX PEN (2 PENS)	114	CYANOCOBALAMIN INJECTION	109
COSMEGEN	25	cyclafem 1/35 (28)	96
COTELLIC	25	cyclafem 7/7/7 (28)	96
cough control (guaifenesin)	132	cyclobenzaprine	40
cough control dm	132	cyclophosphamide	25
cough control dm max	132	cycloserine	14
COUGH FORMULA DM	132	CYCLOSET	60
cough suppressant-expectorant	132	cyclosporine	106
cough syrup	132	cyclosporine modified	106
cough syrup dm	132	CYKLOKAPRON	33, 43
COUMADIN	33, 43	cyproheptadine	23
creo-terpin (dm-guaifenesin)	132	CYRAMZA	25
CREON	92	cyred	96
CRESEMBA	14	CYSTADANE	106
CRESTOR	51	CYSTAGON	106
critic-aid clear af	132	CYSTARAN	89

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



cytarabine	25	DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF)	33, 43
cytarabine (pf)	25	daptomycin	15
CYTOMEL	96	DARAPRIM	15
D		DARZALEX	25
dacarbazine	25	dasetta 1/35 (28)	96
daily fiber	132	dasetta 7/7/7 (28)	96
daily fiber (psyllium-sucrose)	132	daunorubicin	25
daily multi-vitamin	132	DAUNOXOME	25
daily multi-vitamins/iron	132	deblitane	96
daily multiple	132	DEBROX	133
daily multiple for men	132	decitabine	25
daily multiple for men 50+	132	deep sea nasal	133
daily multiple for women	132	delta d3	133
daily multiple for women 50+	132	delyla (28)	96
daily multiple vitamins/iron	132	demeclocycline	15
daily multivitamin with iron	132	DEMSEER	106
daily multivitamin-minerals	132	DENAVIR	115
daily value	133	DEPO-ESTRADIOL	96
DAILY VITAMIN	133	DERMACEA	112
daily vitamin formula	133	dermafungal	133
daily vitamin formula + iron	133	dermarest eczema (hydrocort)	133
daily vitamin formula-minerals	133	DESCOVY	15
DAILY VITAMIN WITH IRON	133	desenex	133
daily vitamin with iron and ca	133	desipramine	60
DAILY VITES/IRON	133	desitin clear	133
DAILY-VITE	133	desmopressin	96
DAKLINZA	15	desog-e.estradiol/e.estradiol	96
DALIRESP	112	desogestrel-ethinyl estradiol	96
danazol	96	desonide	115
dantrolene	40	desoximetasone	115
dapsone	15	dexamethasone	96

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



DEXAMETHASONE INTENSOL	96	diclofenac potassium	61
dexamethasone sodium phosphate	89, 96	diclofenac sodium	61, 89
DEXFERRUM	109	dicloxacillin	15
dexmethylphenidate	61	dicyclomine	41
dexrazoxane hcl	106	didanosine	15
dextroamphetamine	61	diflunisal	61
dextroamphetamine-amphetamine	61	digitek	52
dextromethorphan-guaifenesin	133	digox	52
dextrose	133	digoxin	52
dextrose 10 % and 0.2 % nacl	85	dihydroergotamine	41
dextrose 10 % in water (d10w)	85	dilantin	61
dextrose 5 % in water (d5w)	85	dilantin extended	61
dextrose 5%-0.2 % sod chloride	85	DILANTIN INFATABS	61
dextrose 5%-0.3 % sod.chloride	85	DILANTIN-125	61
dex4 glucose	133	DILATRATE-SR	52
dex4 glucose pouch pack	133	dilt-xr	52
dex4 glucose quick dissolve	133	diltiazem hcl	52
diabetic siltussin das-na	133	dimenhydrinate	133
diabetic siltussin-dm	133	dino-life	134
diabetic siltussin-dm max str	133	dino-life with extra c	134
diabetic tussin dm	133	dino-life with iron-zinc	134
diabetic tussin ex	133	DIOCTO	134
diabetic tussin max st	133	dioctyl	134
dialyvite 800	133	diotame	134
DIALYVITE 800 WITH ZINC 15	133	diphedryl	134
DIALYVITE 800 WITH ZINC 50	133	diphedryl allergy	134
diamode	133	diphenhist	134
diarrhea relief (bismuth subs)	133	diphenhydramine hcl	23, 134
diazepam	61	diphenoxylate-atropine	92
diazepam intensol	61	dipyridamole	52
dibucaine	133	disopyramide phosphate	52

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



disposable enema	134	DRAMAMINE	134
disulfiram	106	dramamine less drowsy	134
DIURIL	85	driminate	134
divalproex	61	DRISDOL	109
doc-q-lace	134	dronabinol	92
doc-q-lax	134	DROPLET PEN NEEDLE	77
DOCEFREZ	25	drospirenone-ethinyl estradiol	96
docetaxel	25	DROXIA	25
docu	134	dss	134
docu soft	134	DUAVEE	97
docuprene	134	ducodyl	134
docusate calcium	134	DULCOLAX (BISACODYL)	134
docusate sodium	134	dulcolax stool softener (dss)	134
docusil	134	DULERA	112
dofetilide	52	duloxetine	62
dok	134	duofilm	135
dok plus	134	DURAMORPH (PF)	62
donepezil	41	DUREZOL	89
DORIBAX	15	dutasteride	106
dorzolamide	89	dutasteride-tamsulosin	106
dorzolamide-timolol	89	DYNA-HEX	135
double antibiotic	134	d10 %-0.45 % sodium chloride	85
double antibiotic (b.tracn zn)	134	d2.5 %-0.45 % sodium chloride	85
doxazosin	52	d5 % and 0.9 % sodium chloride	85
doxepin	62	d5 %-0.45 % sodium chloride	85
doxercalciferol	118	E	
doxorubicin	25	e.c. prin	135
doxorubicin, peg-liposomal	25	E.E.S. 400	15
doxy-100	15	E-Z SPACER	110
doxycycline hyclate	15, 89	ear care	135
doxycycline monohydrate	15	ear drops otc	135

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



ear health formula	135	ELITEK	88
ear wax removal kit	135	ELIXOPHYLLIN	118
ear wax removal system	135	ELLA	97
EAR WAX TREATMENT	135	ELMIRON	106
EASIVENT	109	EMCYT	25
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE	77	EMEND	92
EASY COMFORT PEN NEEDLES	77	emetrol	135
EASY TOUCH	77	emoquette	97
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS	115	EMPLICITI	25
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN	77	EMSAM	62
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR	77	EMTRIVA	15
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE	78	enalapril maleate	52
EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN	78	enalapril-hydrochlorothiazide	52
EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN	78	ENBREL	106
EASY TOUCH UNI-SLIP	78	ENBREL SURECLICK	106
econazole	115	endocet	62
econtra ez	135	ENDOMETRIN	110
ECOTRIN	135	enema	135
ecotrin low strength	135	enema disposable	135
eczema anti-itch	135	ENFAMIL ENFALYTE	135
ed-apap	135	ENERGIX-B (PF)	33, 44
EDURANT	15	ENERGIX-B PEDIATRIC (PF)	34, 44
EFFIENT	33, 43	enoxaparin	34, 44
EGRIFTA	97	enpresse	97
ELDERTONIC	135	enskyce	97
electrolyte-48 in d5w	85	entacapone	62
electrolytes-dextrose	135	entecavir	15
ELELYSO	88	enteric coated aspirin	135
ELIDEL	115	ENTRESTO	52
elinest	97	enulose	85
ELIQUIS	33, 44	epinastine	89

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



epinephrine	41	estradiol valerate	97
EPIPEN	41	estradiol-norethindrone acet	97
EPIPEN JR 2-PAK	41	estropipate	97
EPIPEN 2-PAK	41	ethacrynate sodium	85
epirubicin	25	ethambutol	16
epitol	62	ethosuximide	62
EPIVIR HBV	15	etidronate disodium	106
eplerenone	52	etodolac	62
EPOGEN	34, 44	ETOPOPHOS	25
EPZICOM	15	etoposide	26
EQUETRO	62	EURAX	115
ERAXIS(WATER DILUENT)	15	evac-u-gen (sennosides)	135
ERBITUX	25	EVOMELA	26
ERGOMAR	41	EVOTAZ	16
ERIVEDGE	25	EX-LAX (SENNOSIDES)	135
errin	97	ex-strength medi-tabs	135
ERWINAZE	25	excedrin extra strength	135
ery pads	115	excedrin migraine	135
ERY-TAB	15	EXEL INSULIN	78
ERYTHROCIN	15	EXELON	41
ERYTHROCIN (AS STEARATE)	16	exemestane	26
erythromycin	90	EXJADE	95
erythromycin ethylsuccinate	16	EXONDYS 51	106
erythromycin with ethanol	115	EXPECTA PRENATAL	135
erythromycin-benzoyl peroxide	115	expectorant	135
ESBRIET	112	expectorant cough syrup	135
escitalopram oxalate	62	expectorant dm	135
essentia	135	ezfe forte	135
ESSENTIAL BALANCE WITH LUTEIN	135	F	
ESSENTIAL DAILY	135	FABRAZYME	88
estradiol	97	fallback solo	136

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



falmina (28)	97	fever reducer	136
famciclovir	16	fever reducer an pain reliever	136
famotidine	92, 136	feverall	136
famotidine (pf)	93	fiber	136
famotidine (pf)-nacl (iso-os)	93	fiber (calcium polycarbophil)	136
FANAPT	62	fiber (psyllium husk)	136
FANTASY	136	fiber (psyllium husk/sugar)	136
FARESTON	26	fiber (with aspartame)	136
FARYDAK	26	fiber laxative (ca polycarbo)	136
FASLODEX	26	fiber laxative (husk/sugar)	136
FAZACLO	62	fiber laxative (methylcellulo)	136
felbamate	62	fiber laxative (psyllium husk)	136
felodipine	52	fiber laxative (psyllium) s/f	136
FEMCON FE	97	fiber smooth	136
fenofibrate	53	fiber smooth (sucrose)	136
fenofibrate micronized	53	fiber therapy (ca polycarboph)	136
fenofibrate nanocrystallized	53	FIBER THERAPY (M-CELL/SUGAR)	136, 137
fenoprofen	62	fiber therapy (m-cellulose)	137
fentanyl	62	fiber therapy (psyllium/sugar)	137
fentanyl citrate	62	fiber therapy laxative (husk)	137
fentanyl citrate (pf)	63	fiber therapy sugar free	137
feosol	136	fiber-caps (psyllium husk)	137
FER-IN-SOL	136	fiber-lax	137
fer-iron	136	fiber-tabs	137
FERAHEME	110	FIBERCON	137
FEROSUL	136	finasteride	106
FERRLECIT	110	FIRAZYR	106
ferro-time	136	FIRMAGON	26
ferrous sulfate	136	FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE	26
ferrousul	136	first aid antiseptic	137
FETZIMA	63	flanax (naproxen)	137

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



flanax antacid	137	flurbiprofen sodium	90
flavor chews antacid	137	flutamide	26
FLAVOR SWEET	137	fluticasone	90, 115
FLAVOR SWEET-SF	137	fluvoxamine	63
flavoxate	118	foaming antacid	137
flecainide	53	foaming antacid extra strength	137
FLEET ENEMA	137	FOLIC ACID	110, 137
fleet glycerin (adult)	137	FOLOTYN	26
fleet glycerin (child)	137	fomepizole	107
FLEET LAXATIVE	137	fondaparinux	34, 44, 45
FLEET PEDIATRIC	137	FORADIL AEROLIZER	41
flintstones complete (iron)	137	formula em	137
FLINTSTONES MULTIVITAMIN	137	FORTEO	97
FLINTSTONES WITH IRON	137	FORTICAL	97
flintstones/extra c	137	foscarnet	16
fluconazole	16	fosinopril	53
fluconazole in dextrose(iso-o)	16	fosinopril-hydrochlorothiazide	53
flucytosine	16	fosphenytoin	63
fludarabine	26	FRAGMIN	35, 45
fludrocortisone	97	FREESTYLE PRECISION	78
flunisolide	90	full spectrum b-vitamin c	137
fluocinolone	115	FULLERS EARTH	137
fluocinolone and shower cap	115	FUNGOID TINCTURE	137
fluocinonide	115	furosemide	85
fluocinonide-e	115	FUSILEV	107
fluorometholone	90	FUZEON	16
fluorouracil	26, 115	FYCOMPA	63
fluoxetine	63	G	
fluphenazine decanoate	63		
fluphenazine hcl	63	g-tron	137
flurbiprofen	63	gabapentin	63
		galantamine	41

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



GAMMAGARD LIQUID	35, 45	geravim	138
GAMMAGARD S-D (IGA < 1 MCG/ML)	35, 45	geri-dryl	138
ganciclovir sodium	16	geri-kot	138
GANIRELIX ACETATE	110	geri-lanta	138
garamycin	90	geri-mox antacid-antigas	138
GARDASIL (PF)	35, 45	geri-mucil	138
GARDASIL 9 (PF)	35, 45	geri-pectate	138
gatifloxacin	90	geri-tussin	138
GATTEX ONE-VIAL	93	geri-tussin dm	138
GATTEX 30-VIAL	93	geriaton	138
GAUZE BANDAGE	112	GERITOL COMPLETE	138
GAUZE PAD	112	GERITOL TONIC WITH FERREX 18	138
gavilax	138	GIANVI (28)	97
gavilyte-c	93	gildess fe 1.5/30 (28)	97
gavilyte-g	93	gildess fe 1/20 (28)	97
gavilyte-n	93	gildess 1.5/30 (21)	97
GAVISCON	138	gildess 1/20 (21)	97
GAVISCON EXTRA STRENGTH	138	GILENYA	107
GAZYVA	26	GILOTRIF	26
gelusil antacid and anti-gas	138	GLASSIA	112
gemcitabine	26	GLEEEVEC	26
gemfibrozil	53	GLEOSTINE	26
generlac	85	glimepiride	97
gengraf	107	glipizide	97
gentak	90	glipizide-metformin	97
gentamicin	16, 90, 115	GLUCAGEN HYPOKIT	97
gentamicin in nacl (iso-osm)	16	GLUCAGON EMERGENCY KIT (HUMAN)	97
gentle laxative	138	gluco burst	138
gentlelax	138	glucose gel	138
GENVOYA	16	glutose 15	138
GEODON	64	glutose 45	138

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



glycerin	138	haloperidol lactate	64
glycerin (adult)	138	HARVONI	16
GLYCERIN (BULK)	138	HAVRIX (PF)	35, 45, 46
glycerin (child)	138	headache formula	139
glycolax	138	headache relief (asa-acet-caf)	139
glycopyrrolate	41	HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP	78
GLYSET	97	healthy eyes	139
GLYXAMBI	98	healthy eyes supervision	139
goody's migraine relief	138	heartburn antacid	139
granisetron (pf)	93	heartburn prevention	139
granisetron hcl	93	heartburn relief	139
GRANIX	35, 45	heartburn relief (famotidine)	139
griseofulvin microsize	16	heartburn relief (ranitidine)	139
griseofulvin ultramicrosize	16	heather	98
grx dyne	138	HECTOROL	118
guaiasorb dm	139	hemorrhoid	139
guaifenesin	139	heparin (porcine)	35, 46
guaifenesin-dm	139	heparin (porcine) in nacl (pf)	36, 46
guanfacine	53	heparin (porcine) in 5 % dex	36, 46
guanidine	41	heparin(porcine) in 0.45% nacl	36, 46
gummi bear multivitamin	139	HEPATAMINE 8%	85
gyne-lotrimin	139	HERCEPTIN	26
gyne-lotrimin 7	139	HETLIOZ	64
H		HEXALEN	26
		hi-b complex	139
hair vitamins	139	hi-cal plus vit d	139
hair,skin and nails	139	HIBERIX (PF)	36, 46
HALAVEN	26	hibiclens	139
halobetasol propionate	115	high potency calcium	139
HALOG	115	high potency capsaicin	139
haloperidol	64	honey bears	139
haloperidol decanoate	64		

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



honey bears with iron-zinc	139	hydroxyzine pamoate	64
hospital antiseptic	139	HYPERRAB S/D (PF)	36, 46
HUMIRA	107	I	
HUMIRA PEDIATRIC CROHN'S START	107	i-prin	140
HUMIRA PEN	107	I-VITE	140
HUMIRA PEN CROHN'S-UC-HS START	107	i-vite protect	140
HUMIRA PEN PSORIASIS-UVEITIS	107	IBRANCE	27
HYCAMTIN	26	ibuprofen	64, 140
HYCET	64	ibuprofen ib	140
hydralazine	53	ibuprofen-oxycodone	64
hydrochlorothiazide	85	ICAPS	140
HYDROCIL	139	icaps areds	140
hydrocodone-acetaminophen	64	ICAPS MV	140
hydrocodone-ibuprofen	64	icaps plus	140
hydrocortisone	98, 111, 115, 139	ICLUSIG	27
hydrocortisone acetate	139	IDAMYCIN PFS	27
hydrocortisone butyrate	115	idarubicin	27
hydrocortisone plus	139	ifosfamide	27
hydrocortisone valerate	115	ifosfamide-mesna	27
hydrocortisone-acetic acid	90	ILEVRO	90
hydrocortisone-aloe vera	139	IMBRUVICA	27
hydrocream	139	imipenem-cilastatin	16
hydromorphone	64	imipramine hcl	64
hydromorphone (pf)	64	imipramine pamoate	64
hydroskin	140	imiquimod	115
hydroskin with aloe	140	IMLYGIC	27
HYDROXOCOBALAMIN	110	IMODIUM A-D	140
hydroxychloroquine	16	IMOGAM RABIES-HT (PF)	36, 46
hydroxyurea	26	IMOVAX RABIES VACCINE (PF)	36, 46
hydroxyzine hcl	64	IMURAN	107
		INCONTROL ALCOHOL PADS	115

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



INCONTROL PEN NEEDLE	78	INTRON A	16
INCRELEX	98	introvale	98
indapamide	85	INVANZ	16
indomethacin	64	INVEGA	65
INFANRIX (DTAP) (PF)	36, 46	INVEGA SUSTENNA	65
infant fever reducer-pain relf	140	INVEGA TRINZA	65
infant pain reliever	140	INVIRASE	17
infant's non-aspirin	140	INVOKAMET	98
infant's pain relief	140	INVOKANA	98
infant's pain reliever	140	inzo antifungal	140
INFANT'S TYLENOL	140	IONOSOL-B IN D5W	85
infants' pain and fever	140	IONOSOL-MB IN D5W	85
infants' pain relief	140	iophen dm-nr	140
INFED	110	iophen-nr	140
INFUMORPH P/F	64, 65	IPOL	36, 46
INFUVITE	110	ipratropium bromide	41, 90
INFUVITE ADULT	110	ipratropium-albuterol	41
INLYTA	27	irbesartan	53
INS SYRINGE/NEEDLE 0.5 ML 27 G	78	irbesartan-hydrochlorothiazide	53
insect repellent (deet)	140	IRENKA	65
INSECT REPELLENT (PICARIDIN)	140	IRESSA	27
INSPIRACHAMBER	110	irinotecan	27
INSULIN SYRINGE	78	iron	140
INSULIN SYRINGE MICROFINE	78	iron (ferrous sulfate)	140
INSULIN SYRINGE NEEDLELESS	78	ISENTRESS	17
INSULIN SYRINGE ULTRAFINE	78	ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE	86
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100	79	ISOLYTE-S	86
INSULIN SYRINGES (DISPOSABLE)	79	isoniazid	17
INSUPEN	79	ISOPROPYL ALCOHOL	140
INTELENCE	16	isosorbide dinitrate	53
INTRALIPID	85	isosorbide mononitrate	53

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



isradipine	53	KALYDECO	112
ISTODAX	27	kao-tin (bismuth subsalicylat)	141
itch relief (clotrimazole)	140	kao-tin (docusate calcium)	141
itraconazole	17	kaopectate (bismuth subsalicy)	141
IV PREP WIPES	115	KAOPLECTATE (DOCUSATE CALCIUM)	141
ivermectin	17	kaopectate ex str (bismuth ss)	141
IXEMPRA	27	kariva (28)	98
IXIARO (PF)	36, 46	kelnor 1/35 (28)	98
J		KENALOG	115
JAKAFI	27	KEPIVANCE	116
JALYN	107	KETEK	17
jantoven	36, 46	ketoconazole	17, 116
JANUMET	98	ketoprofen	65
JANUMET XR	98	ketorolac	90
JANUVIA	98	KEYTRUDA	27
JARDIANCE	98	kid's vitamins	141
jencycla	98	kid's vitamins + extra c	141
JENTADUETO	98	kid's vitamins + iron	141
JENTADUETO XR	98	kids vitamins + iron	141
JEVTANA	27	kids vitamins complete	141
jock itch (clotrimazole)	140	kimidess (28)	98
jock itch (terbinafine)	141	KIMONO CONDOMS(NON-LUBRICATED)	141
juleber	98	KIMONO MAXX CONDOMS	141
junel fe 1.5/30 (28)	98	KIMONO MICROTHIN AQUA LUBE CON	141
junel fe 1/20 (28)	98	KIMONO MICROTHIN CONDOMS	141
junel 1.5/30 (21)	98	KIMONO MICROTHIN LARGE CONDOMS	141
junel 1/20 (21)	98	KIMONO TEXTURED CONDOMS	141
K		KINRIX (PF)	36, 46
KABIVEN	86	kionex	86
KADCYLA	27	KIONEX (WITH SORBITOL)	86
KALETRA	17	klor-con m10	86

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



KLOR-CON M15	86	LAMICTAL XR STARTER (GREEN)	65
klor-con m20	86	LAMICTAL XR STARTER (ORANGE)	66
klor-con sprinkle	86	lamisil at	141
KLOR-CON 10	86	lamivudine	17
KLOR-CON 8	86	lamivudine-zidovudine	17
kola-pectin ds	141	lamotrigine	66
konsyl (sugar)	141	LANOXIN	53
KONSYL EASY MIX	141	LANOXIN PEDIATRIC	53
konsyl fiber	141	lansoprazole	93
KONSYL FORMULA-D	141	LANTUS	99
konsyl sugar-free	141	LANTUS SOLOSTAR	99
KONSYL SUGAR-FREE (ASPARTAME)	141	larin fe 1.5/30 (28)	99
KORLYM	99	larin fe 1/20 (28)	99
kurvelo	99	larin 1.5/30 (21)	99
KUVAN	107	larin 1/20 (21)	99
KYNAMRO	53	larissia	99
L		latanoprost	90
l norgest/e.estradiol-e.estrad	99	LATUDA	66
labetalol	53	lax stool softener with senna	141
LACRISERT	90	laxa clear	141
lactated ringers	86	laxacin	141
lactulose	86	laxative (bisacodyl)	141
LAMICTAL	65	laxative (glycerin-pediatric)	141
LAMICTAL ODT	65	laxative (sennosides)	141
LAMICTAL ODT STARTER (BLUE)	65	laxative peg 3350	141
LAMICTAL ODT STARTER (GREEN)	65	laxative pills regular	141
LAMICTAL ODT STARTER (ORANGE)	65	laxative plus stool softener	142
LAMICTAL STARTER (BLUE) KIT	65	LAZANDA	66
LAMICTAL STARTER (GREEN) KIT	65	lc-4	142
LAMICTAL STARTER (ORANGE) KIT	65	leflunomide	107
LAMICTAL XR STARTER (BLUE)	65	LENVIMA	27

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



lessina	99	lice killing (permethrin)	142
LETAIRIS	113	lice pyrinyl shampoo	142
letrozole	28	lice solution	142
leucovorin calcium	107	lice treatment	142
LEUKERAN	28	lice treatment (permethrin)	142
LEUKINE	36, 46	LICIDE SPRAY	142
leuprolide	28	lidocaine	116, 142
LEVEMIR	99	lidocaine (pf)	105
LEVEMIR FLEXTOUCH	99	lidocaine hcl	90, 105
levetiracetam	66	lidocaine viscous	90
levetiracetam in nacl (iso-os)	66	lidocaine-prilocaine	116
levobunolol	90	lidocream	142
levocarnitine	107	lindane	116
levocarnitine (with sugar)	107	linezolid	17
levocetirizine	23	linezolid-0.9% sodium chloride	18
levofloxacin	17, 90	LINZESS	93
levofloxacin in d5w	17	liothyronine	99
levoleucovorin	107	lipo-flavonoid plus	142
levonest (28)	99	lipoflavovit	142
levonorg-eth estrad triphasic	99	liquid antacid	142
levonorgestrel-ethinyl estrad	99	liquid corn and callus remover	142
levora-28	99	liquitears	142
levorphanol tartrate	66	lisinopril	53
levothyroxine	99	lisinopril-hydrochlorothiazide	54
LEVOXYL	99	lite coat aspirin	142
LEXIVA	17	LITE TOUCH INSULIN PEN NEEDLES	79
LIALDA	93	LITE TOUCH INSULIN SYRINGE	79
lice bedding spray	142	LITEAIRE	110
lice complete kit 1-2-3	142	LITETOUCH	110
lice cream rinse	142	lithium carbonate	66
lice killing	142	lithium citrate	66

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



LITHOSTAT	86	LUPRON DEPOT-PED	28
LITTLE ANIMALS	142	LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH)	28
little animals-iron	142	lutera (28)	99
little remedies	142	LYNPARZA	28
little remedies fever and pain	142	LYRICA	66, 67
LMX 4	142	LYSODREN	28
lo-peramide	142	lyza	99
lomustine	28	M	
LONSURF	28	M.V.I. PEDIATRIC	110
loperamide	111, 142	M-M-R II (PF)	36, 46
loradamed	142	MAALOX ADVANCED	143
loratadine	142	maalox maximum strength	143
lorazepam	66	MAG-AL PLUS	143
LORAZEPAM INTENSOL	66	mag-al plus extra strength	143
loryna (28)	99	MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG	79
losartan	54	MAGELLAN SYRINGE	79
losartan-hydrochlorothiazide	54	maglox	143
lotrimin af	142	MAGNEBIND 300	143
LOTRONEX	93	magnesium oxide	143
lovastatin	54	magnesium sulfate	67, 110
low-ogestrel (28)	99	magnesium sulfate in d5w	67
loxapine succinate	66	magnesium sulfate in water	67
lubricant eye	142	MAGOX	143
lubricant eye (polyv alcohol)	143	major-prep (phenylephrine-fat)	143
lubrifresh pm	143	malathion	116
LUMIGAN	90	MANGANESE	110
LUMIZYME	88	mapap (acetaminophen)	143
LUPRON DEPOT	28	mapap extra strength	143
LUPRON DEPOT (3 MONTH)	28	maprotiline	67
LUPRON DEPOT (4 MONTH)	28	marlissa	99
LUPRON DEPOT (6 MONTH)	28	MARPLAN	67

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



MARQIBO	28	megestrol	28
masanti double strength	143	MEKINIST	28
masophen	143	meloxicam	67
MATULANE	28	melphalan hcl	28
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE	79	memantine	67
maximum daily multivitamin	143	men's multi-vitamin	144
meclizine	111, 143	men's one daily	144
meclofenamate	67	MENACTRA (PF)	36, 46
medi-bismuth	143	MENEST	99
medi-cortisone	143	MENHIBRIX (PF)	36, 46
medi-lax	143	MENOMUNE - A/C/Y/W-135	36, 47
medi-laxx	143	MENOMUNE - A/C/Y/W-135 (PF)	36, 47
medi-meclizine	143	MENTAX	116
medi-mucil	143	MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)	36, 47
medi-natural	143	MENVEO MENA COMPONENT (PF)	37, 47
medi-natural senna-stool	143	MENVEO MENCYW-135 COMPNT (PF)	37, 47
medi-phedrine	143	meperidine	67
medi-phedryl	143	MEPHYTON	110
medi-profen	143	mercaptopurine	28
medi-tabs	143	meropenem	18
medi-tussin	143	meropenem-0.9% sodium chloride	18
medi-tussin dm	144	mesalamine	93
medi-tussin dm diabetic	144	mesalamine with cleansing wipe	93
medifin expectorant mucus rlf	144	mesna	107
mediproxen	144	MESNEX	107
medroxyprogesterone	99	METAMUCIL	144
mefloquine	18	METAMUCIL (WITH SUGAR)	144
mega multi for women	144	METAMUCIL MULTIHEALTH FIBER	144
mega multiple/chelated mineral	144	METAMUCIL SUGAR-FREE (ASPART)	144
mega multivitamin for men	144	metaproterenol	41
mega multivitamin with mineral	144	metaxalone	41

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



metformin	100	mgo	144
methadone	67	mi-acid	144
METHADOSE	67	MIACALCIN	100
methazolamide	90	micatin	144
methenamine hippurate	18	miconazole nitrate	144
methergine	111	miconazole 7	144
methimazole	100	miconazole-3	116, 144
METHITEST	100	miconazorb af	144
methocarbamol	41	micro-guard	144
methotrexate sodium	28	MICROCHAMBER	110
methotrexate sodium (pf)	28	MICROGESTIN FE 1.5/30 (28)	100
methoxsalen rapid	116	MICROGESTIN FE 1/20 (28)	100
methyclothiazide	86	MICROGESTIN 1.5/30 (21)	100
METHYLCELLULOSE (BULK)	144	microgestin 1/20 (21)	100
methyldopa	54	MICROSPACER	110
methyldopa-hydrochlorothiazide	54	midodrine	41
methylergonovine	111	MIDOL (NAPROXEN)	144
methylphenidate	68	miglitol	100
methylprednisolone	100	migraine formula	144
methylprednisolone acetate	100	migraine pain reliever	144
methylprednisolone sodium succ	100	migraine relief	144
methyltestosterone	100	milk of magnesia	144
metipranolol	90	milltrium senior	145
metoclopramide hcl	93	mimvey	100
metolazone	86	MINI ULTRA-THIN II	79
metoprolol succinate	54	minocycline	18
metoprolol ta-hydrochlorothiaz	54	minoxidil	54
metoprolol tartrate	54	mintox	145
metronidazole	18, 116	mintox maximum strength	145
metronidazole in nacl (iso-os)	18	mintox plus	145
mexiletine	54	MIRALAX	145

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



mirtazapine	68	MULTAQ	54
misoprostol	93	multi complete with iron	145
mitomycin	29	multi-day with iron	145
mitoxantrone	29	MULTI-DELYN WITH IRON	145
modafinil	68	MULTILEX	145
moexipril	54	MULTILEX-T AND M	145
moexipril-hydrochlorothiazide	54	multiple vitamin essential	145
molindone	68	multiple vitamin-minerals	145
mometasone	90, 116	multiple vitamin, womens	145
MONAGHAN Z STAT	110	multiple vitamins	145
MONISTAT 3	145	multiple vitamins with iron	145
MONISTAT 7	145	multivital	145
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRING	79	multivital platinum	145
MONOJECT INSULIN SYRINGE	80	multivitamin	145
MONOJECT SYRINGE	80	multivitamin with iron	145
MONOJECT ULTRA COMFORT INSULIN	80	multivitamin with minerals	146
montelukast	113	multivitamin 50 plus	145
morphine	68, 69	multivitamin-calcium and iron	146
morphine (pf)	69	mupirocin	116
morphine concentrate	69	mupirocin calcium	116
motion relief (meclizine)	145	murine ear wax removal system	146
motion sickness	145	muro 128	146
motion sickness (meclizine)	145	muscle relief	146
motion sickness ii	145	MUSTARGEN	29
motion sickness relief	145	MX-SOL	146
motion sickness relief ii	145	MYALEPT	100
motion sickness relief(mecliz)	145	mycophenolate mofetil	107
motion-time	145	mycophenolate sodium	107
MOUTHPIECE	145	MYFORTIC	108
move it along	145	MYKIDZ IRON	146
MOZOBIL	37, 47	MYOZYME	88

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



myzilra	100	natural b-100	146
N		natural balance	146
nabumetone	69	natural calcium	146
nadolol	54	natural daily fiber	146
nadolol-bendroflumethiazide	54	natural fiber laxative	146
nafcillin	18	natural fiber laxative (sugar)	146
nafcillin in dextrose iso-osm	18	natural fiber laxative therapy	146
NAGLAZYME	88	natural fiber laxative(aspart)	146
nalbuphine	69	natural psyllium fiber	146
naloxone	69	natural senna laxative	146
naltrexone	69	natural veg laxative(dextrose)	146
NAMENDA	69	natural veg laxative(sennosid)	146
NAMENDA XR	69	natural vegetable	146
NAMZARIC	69	natural vegetable (psyllium)	146
naphazoline	90	natural vegetable powder	147
naproxen	69	natural vegetable powder, s/f	147
naproxen sodium	69, 146	nature's tears (hypromellose)	147
naratriptan	69	nausea control	147
NARCAN	69	nausea relief	147
nasal allergy symptom control	146	NEBUPENT	18
nasal and sinus decongestant	146	necon 0.5/35 (28)	100
nasal antiseptic swabs	146	necon 1/35 (28)	100
nasal decongestant (pseudoeph)	146	necon 10/11 (28)	100
nasal moisturizing	146	nefazodone	69
nasal spray (sodium chloride)	146	neo-polycin	90
NASALCROM	146	neo-polycin hc	90
NASCOBAL	110	neomycin	18
NASONEX	90	neomycin-bacitracin-poly-hc	90
nateglinide	100	neomycin-bacitracin-polymyxin	91
NATPARA	100	neomycin-polymyxin b gu	116
NATRAPEL	146	neomycin-polymyxin b-dexameth	91

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



neomycin-polymyxin-gramicidin	91	nimodipine	54
neomycin-polymyxin-hc	91	NINLARO	29
NEOSPORIN (NEO-BAC-POLYM)	147	nitrofurantoin	18
neosporin (neo-polym-gramicid)	91	nitrofurantoin macrocrystal	18
neosporin anti-itch	147	nitrofurantoin monohyd/m-cryst	18
NEOSPORIN PLUS PAINRELIEF(BAC)	147	nitroglycerin	54
NEPHRAMINE 5.4 %	86	NITROLINGUAL	55
NEPHRO-VITE	147	NITROSTAT	55
NEPHRONEX	147	NIX CREME RINSE	147
NESSI SPACER	147	noble formula hc	147
NEULASTA	37, 47	non-aspirin	147
NEUMEGA	37, 47	non-aspirin child	147
NEUPOGEN	37, 47	non-aspirin extra strength	147
NEUPRO	69	non-aspirin pain relief	147
neutraphor	147	non-drowsy allergy	147
nevirapine	18	norethindrone (contraceptive)	100
NEXAVAR	29	norethindrone ac-eth estradiol	100
niacor	54	norethindrone acetate	100
nicardipine	54	norethindrone-e.estradiol-iron	100
nicoderm cq	147	norgestimate-ethinyl estradiol	100
nicorelief	147	norlyroc	101
NICORETTE	147	NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE	86
nicotine	147	NORMOSOL-R	86
nicotine (polacrilex)	147	NORMOSOL-R IN 5 % DEXTROSE	86
NICOTROL NS	41	NORMOSOL-R PH 7.4	86
nifedical xl	54	nortemp	147
nifedipine	54	NORTHERA	41
nighttime allergy relief	147	nortrel 0.5/35 (28)	101
nikki (28)	100	nortrel 1/35 (21)	101
NILANDRON	29	nortrel 1/35 (28)	101
nilutamide	29	nortrel 7/7/7 (28)	101

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



nortriptyline	69	OCEAN FOR KIDS	148
NORVIR	18	OCEAN NASAL	148
NOVAFERRUM PEDIATRIC	147	octreotide acetate	101
NOVOFINE AUTOCOVER	80	ocutabs	148
NOVOFINE PLUS	80	ocuvite with lutein	148
NOVOFINE 30	80	ODEFSEY	18
NOVOFINE 32	80	ODOMZO	29
NOVOLIN N	101	OFEV	113
NOVOLIN R	101	off active	148
NOVOLIN 70/30	101	off deep woods	148
NOVOLOG	101	off deep woods dry	148
NOVOLOG FLEXPEN	101	off familycare (with deet)	148
NOVOLOG MIX 70-30	101	ofloxacin	18, 91
NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN	101	ogestrel (28)	101
NOVOLOG PENFILL	101	olanzapine	70
NOVOPEN ECHO	80	omega-3 acid ethyl esters	55
NOVOTWIST	80	omeprazole	93
NOXAFIL	18	omnicap	148
nts step 1	147	OMNITROPE	101
NUEDEXTA	69	ONCASPAR	29
NULOJIX	108	once daily	148
NUPLAZID	70	oncovite	148
NUTRILIPID	86	ondansetron	93
NUTRISOURCE FIBER	148	ondansetron hcl	93, 94
NUVIGIL	70	ondansetron hcl (pf)	94
nuzole	148	one daily	148
nyamyc	116	one daily calcium/iron	148
nystatin	18, 116	ONE DAILY COMPLETE	148
nystatin-triamcinolone	116	one daily energy	148
nystop	116	one daily essential	148
		one daily for men	148

O

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



one daily for men 50+ advanced	148	ORAL SUSPEND	149
one daily for women	148	ORAL SYRUP	149
one daily maximum	148	ORAL SYRUP SF	149
one daily maximum (with ca)	148	oralone	116
one daily men's 50+	148	oralyte	149
one daily multi-vit w-mineral	148	ORAP	70
one daily multivit-iron(folic)	148	ORFADIN	108
one daily multivitamin	148	ORKAMBI	113
one daily plus iron	148	orphenadrine citrate	41
ONE DAILY PLUS MINERALS	148	orsythia	101
one daily with iron	148	os-cal 500 + d3	149
one daily women 50 plus	148	oxaliplatin	29
one daily women's	149	oxandrolone	101
one daily women's health	149	oxaprozin	70
one daily women's metabolism	149	oxazepam	70
ONE WAY VALVED MOUTHPIECE	149	oxcarbazepine	70
ONE-A-DAY CHOLESTEROL PLUS	149	OXSORALEN	116
one-a-day essential	149	oxybutynin chloride	118
one-a-day maximum formula	149	oxycodone	70
one-a-day teen advantage	149	oxycodone-acetaminophen	70
ONE-A-DAY WOMENS FORMULA	149	oxycodone-aspirin	70
ONFI	70	OYSCO D	149
opcicon one-step	149	oysco 500/d	149
OPDIVO	29	oysco-500	149
OPSUMIT	113	oyster shell + d3	149
opti-vitamins	149	oyster shell calcium	149
OPTICHAMBER	110	oyster shell calcium 500	149
OPTICHAMBER DIAMOND	110	oyster shell calcium-vit d3	149
ORA-PLUS	149	oystercal-d	149
ORA-SWEET	149	P	
ORA-SWEET SF	149		
		p-col rite	149

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



PACERONE	55	PEDIALYTE ADVANCED CARE	150
paclitaxel	29	PEDIALYTE FREEZER POPS	150
PAIN AND FEVER	149	PEDIALYTE SINGLES	150
pain relief	149	PEDIARIX (PF)	37, 47
pain relief (acetamin-asp-caf)	150	pediatric cough and cold	150
pain relief extra strength	150	pediatric electrolyte	150
pain relief regular strength	150	pediatric enema	150
pain reliever	150	pediatric freezer pops	150
pain reliever (acetam-aspirin)	150	PEDIATRIC MEDIUM MASK	150
pain reliever extra strength	150	pediatric multivitamin	150
pain reliever plus	150	PEDIATRIC PANDA MASK	150
pain-off	150	PEDIATRIC SMALL MASK	150
paliperidone	70	PEDVAX HIB (PF)	37, 47
pamidronate	108	peg 3350-electrolytes	94
pamprin max	150	peg-electrolyte soln	94
PANDA MASK	150	peg-3350 with flavor packs	94
PANRETIN	116	PEGANONE	70
pantoprazole	94	PEGINTRON	19
paricalcitol	118	PEGINTRON REDIPEN	19
paroex oral rinse	91	peg3350	150
paromomycin	19	PEN NEEDLE	80
paroxetine hcl	70	PEN NEEDLE, DIABETIC	80
PASER	19	penicillin g potassium	19
PATADAY	91	penicillin g sodium	19
PAXIL	70	penicillin v potassium	19
PAZEO	91	PENTACEL (PF)	37, 47
PCE	19	PENTAM	19
PEDI-BORO SOAK	150	pentazocine-naloxone	71
PEDIA-LAX	150	PENTIPS	80
pediacare fever reducer	150	pentoxifylline	37, 47
PEDIALYTE	150	pep-t-med	150

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



PEPCID AC	150	PHYSIOLYTE	86
peptic relief	150	PHYSIOSOL IRRIGATION	86
PEPTO-BISMOL	150	pilocarpine hcl	42, 91
PEPTO-BISMOL MAX ST	150	pimozide	71
PEPTO-BISMOL TO-GO	150	pimtree (28)	101
PERDIEM OVERNIGHT RELIEF	150	pin-x	151
PERFOROMIST	42	pindolol	55
PERI-COLACE	151	pink bismuth	151
PERIGUARD	151	pink bismuth maximum strength	151
PERIKABIVEN	86	pioglitazone	101
perindopril erbumine	55	pioglitazone-glimepiride	101
perio gard	91	pioglitazone-metformin	101
PERJETA	29	piperacillin-tazobactam	19
permethrin	116, 151	pirmella	101
perphenazine	71	piroxicam	71
perphenazine-amitriptyline	71	PLAN B ONE-STEP	151
PERSA-GEL	151	PLASMA-LYTE A	86
pfizerpen-g	19	PLASMA-LYTE 148	86
pharbedryl	151	PLASMA-LYTE-56 IN 5 % DEXTROSE	86
pharbetol	151	pnv cmb#95-ferrous fumarate-fa	151
pharmacist favorite multi-vit	151	pnv ob+dha	118
phenelzine	71	pnv-omega	118
phenobarbital	71	pnv-total	118
PHENYTEK	71	POCKET CHAMBER	110
phenytoin	71	podofilox	116
phenytoin sodium	71	poly bacitracin (zinc)	151
phenytoin sodium extended	71	POLY-VI-SOL	151
phillips liqui-gels	151	POLY-VI-SOL WITH IRON	151
PHILLIPS MILK OF MAGNESIA	151	poly-vita	151
PHOSLYRA	86	poly-vita (iron)	151
PHOSPHOLINE IODIDE	91	POLY-VITAMIN	151

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



POLY-VITAMIN WITH IRON	151	PRALUENT PEN	55
POLY-VITAMINS	151	PRALUENT SYRINGE	55
polycin	91	pramipexole	71
polyethylene glycol 3350	94, 111, 151	pravastatin	55
polymyxin b sulf-trimethoprim	91	prazosin	55
polymyxin b sulfate	19	PRED-G	91
POLYSPORIN	151	PRED-G S.O.P.	91
polyvinyl alcohol	151	prednicarbate	116
polyvitamin/iron	151	prednisolone acetate	91
POMALYST	29	prednisolone sodium phosphate	91, 101
portia	101	prednisone	102
PORTRAZZA	29	PREDNISONE INTENSOL	102
potassium chlorid-d5-0.45%nacl	86	PREMARIN	102
potassium chloride	87	PREMASOL 10 %	87
potassium chloride in lr-d5	87	PREMASOL 6 %	87
potassium chloride in 0.9%nacl	87	PREMPHASE	102
potassium chloride in 5 % dex	87	PREMPRO	102
potassium chloride-d5-0.2%nacl	87	prenaplus	119
potassium chloride-d5-0.3%nacl	87	PRENATABS FA	119
potassium chloride-d5-0.9%nacl	87	PRENATABS RX	119
potassium chloride-0.45 % nacl	87	prenatal	151
potassium citrate	87	prenatal formula	151
POTIGA	71	prenatal low iron	119
povidone-iodine	151	prenatal multivitamins	151
powderlax	151	prenatal plus (calcium carb)	119
pr natal 400	118	prenatal tablet	151
pr natal 400 ec	118	prenatal vit#96-ferrous fum-fa	151
pr natal 430	118	prenatal vitamin with minerals	152
pr natal 430 ec	118	prena1 true	119
PRADAXA	37, 47	preparation h hydrocortisone	152
		PRESERVISION AREDS	152

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



prevalite	55	PROLEUKIN	29
previfem	102	PROLIA	108
PREZCOBIX	19	PROMACTA	38, 48
PREZISTA	19	promethazine	23
PRIFTIN	19	promethegan	23
primaquine	19	promolaxin	152
PRIMEAIRE	110	propafenone	55
primidone	71	propantheline	42
PRIMSOL	19	proparacaine	91
PRISTIQ	71	propranolol	55
PRIVIGEN	37, 47	propranolol-hydrochlorothiazid	55
PRO COMFORT ALCOHOL PADS	116	propylthiouracil	102
probenecid	87	PROQUAD (PF)	38, 48
probenecid-colchicine	87	PRORENAL	152
procainamide	55	PRORENAL QD	152
PROCALAMINE 3%	87	PROSIGHT	152
PROCHAMBER	110	PROSIGHT WITH LUTEIN	152
prochlorperazine	94	PROTONIX	94
prochlorperazine edisylate	94	protriptyline	71
prochlorperazine maleate	94	provil	152
PROCRIT	37, 38, 47, 48	pseudoephedrine hcl	152
procto-med hc	116	psyllium husk	152
procto-pak	116	PULMOZYME	113
PROCTOSOL HC	116	pure and gentle disposable	152
proctozone-hc	116	purelax	152
PRODIGY INSULIN SYRINGE	80	PURIXAN	29
PROFE FORTE	152	pyrazinamide	19
progesterone micronized	102	pyridostigmine bromide	42
PROGLYCEM	102	PYRIDOXINE HCL	110
PROGRAF	108	Q	
		q-dryl	152

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



q-pap	152	regranex	117
q-pap extra strength	152	reguloid	152
q-tussin	152	reguloid, sugar free	152
q-tussin dm	152	RELENZA DISKHALER	20
QUADRACEL (PF)	38, 48	RELION NEEDLES	80
quasense	102	RELION PEN NEEDLES	80
quenalin	152	RELISTOR	94
quetiapine	71	REMEDY ANTIFUNGAL	152
quinapril	55	remedy phytoplex antifungal	153
quinapril-hydrochlorothiazide	55	REMICADE	108
quinidine gluconate	55	REMODULIN	113
quinidine sulfate	55	rena-vite	153
quinine sulfate	19	RENACIDIN	110
quintabs-m iron free	152	renal vitamin	153
quit 2	152	REVELA	87
quit 4	152	repaglinide	102
R		repel family	153
		repel hunter's	153
RABAVERT (PF)	38, 48	repel sportsmen	153
raloxifene	102	repel sportsmen dry	153
ramipril	55	repel sportsmen max	153
RANEXA	55	repel tick defense	153
ranitidine hcl	94	repel 100	153
RAPAMUNE	108	RESCRIPTOR	20
ready-to-use enema	152	reserpine	55
REBETOL	20	RESTASIS	91
reclipsen (28)	102	RETROVIR	20
RECOMBIVAX HB (PF)	38, 48	REVATIO	55
recort plus	152	REVLIMID	29
RECTIV	116	REXULTI	71
reese's pinworm medicine	152	REYATAZ	20
REFRESH LACRI-LUBE	152		

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



RHEUMATREX	29	robitussin cough-chest cong dm	153
ri-gel	153	ROBITUSSIN MUCUS-CHEST CONGEST	153
ri-gel ii	153	ropinirole	72
ri-mox	153	rosuvastatin	56
ri-tussin	153	ROTARIX	38, 48
ri-tussin dm	153	ROTATEQ VACCINE	38, 48
ribasphere	20	roweepra	72
ribavirin	20	RULOX	153
RID COMPLETE LICE ELIM KIT	153	S	
rid lice killing	153	SABRIL	72
RIDAURA	95	safe tussin dm	153
rifabutin	20	SAFESNAP INSULIN SYRINGE	80
RIFAMATE	20	saline mist	153
rifampin	20	saline nasal	153
RIFATER	20	saline nasal mist	153
riluzole	71	saline nose	153
rimantadine	20	SAMSCA	87
ringers	87	SANCUSO	94
ringworm	153	SANDIMMUNE	108
risacal-d	153	SANDOSTATIN LAR DEPOT	102
RISANOID PLUS	153	SANI-SUPP (ADULT)	153
risedronate	108	SANI-SUPP (INFANT)	154
RISPERDAL CONSTA	71	santyl	117
risperidone	72	SAPHRIS (BLACK CHERRY)	72
RITEFLO	110	SAVELLA	72
RITUXAN	29	scalp relief	154
rivastigmine tartrate	42	scalpicin anti-itch	154
rizatriptan	72	scooby-doo one a day	154
robafen	153	SCOT-TUSSIN EXPECTORANT	154
robafen dm cough	153	scrub care povidone iodine	154
robafen dm cough-chest congest	153	sea soft nasal mist	154

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



secura antifungal	154	SIGNIFOR	102
secura antifungal extra thick	154	silace	154
selegiline hcl	72	siladryl sa	155
SELZENTRY	20	SILAPAP	155
sen-o-tab	154	sildenafil	56
senexon	154	SILICONE MASK	110
senexon-s	154	SILICONE MASK - PEDIATRIC	155
senior tabs	154	silphen cough	155
SENNA	154	siltussin dm das	155
senna lax	154	siltussin sa	155
senna laxative	154	siltussin-dm	155
senna laxative-stool softener	154	silver sulfadiazine	117
senna plus	154	SIMPLE SYRUP	155
senna with docusate sodium	154	SIMPONI	108
senna-s	154	SIMULECT	108
senna-time s	154	simvastatin	56
sennalax-s	154	sirolimus	108
senno	154	SIRTURO	20
sennosides-docusate sodium	154	SIVEXTRO	20
SENOKOT	154	skin protectant a and d	155
SENOKOT TO GO	154	SMOFLIPID	87
SENOKOT-S	154	smooth antacid	155
SENSIPAR	108	smoothlax	155
sentry	154	sochlor	155
sentry senior	154	sodium bicarbonate	87, 155
SEROSTIM	102	sodium chloride	87, 110, 155
sertraline	72	sodium chloride 0.45 %	87
setlakin	102	sodium chloride 0.9 %	87
shake that ache	154	sodium chloride 3 %	87
sharobel	102	sodium chloride 5 %	87
SIDESTREAM PEDIATRIC FACE MASK	154		

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



SODIUM EDECRIN	87	spectravite ultra women's sr	155
sodium fluoride	108	SPIRIVA RESPIMAT	42
sodium lactate	87	SPIRIVA WITH HANDIHALER	42
sodium phenylbutyrate	87	spironolacton-hydrochlorothiaz	56
SODIUM PHOSPHATE	110	spironolactone	56
sodium polystyrene (sorb free)	88	sprintec (28)	103
sodium polystyrene sulfonate	88	SPRITAM	72
sof-lax	155	SPRYCEL	29
SOLTAMOX	29	SPS (WITH SORBITOL)	88
SOLU-MEDROL	102	sronyx	103
SOLU-MEDROL (PF)	102	st joseph aspirin	155
soluble fiber	155	st. joseph aspirin	155
SOMATULINE DEPOT	102	stavudine	20, 21
SOMAVERT	103	STERILE GAUZE PAD	112
soothe (bismuth subsalicylate)	155	STIMATE	103
soothe regular strength	155	stimulant laxative plus	155
soothing care (hydrocortisone)	155	STIOLTO RESPIMAT	42
sorbugen nr	155	STIVARGA	30
SORIATANE	117	stomach relief	155
sorine	56	stomach relief max strength	156
sotalol	56	stomach relief original	156
sotalol af	56	stool softener	156
SOVALDI	20	stool softener-stimulant laxat	156
spectravite adult 50+	155	stop lice	156
spectravite advanced formula	155	stop smoking aid	156
spectravite men's	155	STRATTERA	72
spectravite senior	155	STRENSIQ	88
spectravite senior w-lycopene	155	streptomycin	21
spectravite ultra men 50+	155	stress b with zinc	156
spectravite ultra men's sr	155	stress b-biotin	156
spectravite ultra women	155	stress formula advanced	156

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



STRESS FORMULA WITH IRON	156	superplex-t	156
STRESS FORMULA WITH ZINC	156	suphedrin	156
stress formula 600 c	156	suphedrine	156
stress 500	156	suppository adult	156
stress 500 plus zinc	156	SUPREP BOWEL PREP KIT	94
STRIBILD	21	SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS	117
STRIVERDI RESPIMAT	42	SURE COMFORT INS. SYR. U-100	80
STUART ONE	156	SURE COMFORT INSULIN SYRINGE	81
STUART PRENATAL	156	SURE COMFORT PEN NEEDLE	81
SUBOXONE	72, 73	SURE-FINE PEN NEEDLES	81
SUCRAID	88	SURE-JECT INSULIN SYRINGE	81
sucralfate	94	SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS	117
sudogest	156	SURFAK	156
sulfacetamide sodium	91	SURGILUBE	156
sulfacetamide sodium (acne)	117	SURMONTIL	73
sulfacetamide-prednisolone	91	SUSTIVA	21
sulfadiazine	21	SUTENT	30
sulfamethoxazole-trimethoprim	21	SWEEN 24	156
sulfasalazine	21	SWEET-SF	157
sulindac	73	syeda	103
sumatriptan	73	SYLATRON	21
sumatriptan succinate	73	SYLATRON 4-PACK	21
super b complex-vitamin c	156	SYLVANT	30
super b-50 complex	156	SYMBICORT	113
super b-50 complex plus	156	SYMLINPEN 120	103
super calcium	156	SYMLINPEN 60	103
super multiple	156	SYNAGIS	21
SUPER MULTIVITAMIN	156	SYNAREL	103
super pain relief	156	SYNERCID	21
super quint's b-50	156	SYNJARDY	103
super thera vite m	156	SYNRIBO	30

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



SYNTHROID	103	TEGRETOL XR	73
SYPRINE	95	TEKTURNA	56
T		telmisartan	56
tab a vite	157	telmisartan-amlodipine	56
tab-a-vite	157	temazepam	73
tab-a-vite-minerals	157	TEMODAR	30
tab-a-vite/iron	157	TENIVAC (PF)	38, 48
TABLOID	30	terazosin	56
tacrolimus	108	terbinafine hcl	21, 157
tactinal	157	terbutaline	42
tactinal extra strength	157	terconazole	117
TAFINLAR	30	TERUMO INSULIN SYRINGE	81
TAGRISSO	30	testosterone cypionate	103
TAKE ACTION	157	testosterone enanthate	103
TAMIFLU	21	TESTRED	103
tamoxifen	30	tetanus toxoid,adsorbed (pf)	38, 48
tamsulosin	42	tetanus-diphtheria toxoids-td	38, 48
TARCEVA	30	tetanus,diphtheria tox ped(pf)	38, 48
TARGRETIN	30, 117	tetrabenazine	73
tarina fe 1/20 (28)	103	tetracycline	21
TASIGNA	30	THALOMID	108
TASMAR	73	the magic bullet	157
TAXOTERE	30	theophylline	118
TAZORAC	117	thera	157
taztia xt	56	THERA M PLUS (FERROUS FUMARAT)	157
tears again (pva)	157	THERA VITAMIN	157
tears naturale ii	157	thera-m	157
tears pure	157	thera-tabs	157
TECENTRIQ	30	theralogix companion	157
TECHLITE PEN NEEDLE	81	therapeutic m + beta-carotene	157
TEFLARO	21	therapeutic-m	157

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



theraseal	157	tobramycin	91
theratrum complete with lutein	157	tobramycin sulfate	21
theratrum complete 50 plus/lut	157	tobramycin-dexamethasone	91
THEREMS	157	TOBREX	91
THEREMS-H	157	TOLAK	117
THEREMS-M	157	tolazamide	103
THERMAZENE	117	tolbutamide	103
THIAMINE HCL	110	tolcapone	73
THINPRO INSULIN SYRINGE	81	tolmetin	73
THIOLA	108	tolterodine	118
thioridazine	73	TOPCARE CLICKFINE	81
thiotepa	30	TOPCARE ULTRA COMFORT	82
thiothixene	73	topiramate	73
thrivite-19	119	toposar	30
THYMOGLOBULIN	108	topotecan	30
THYROLAR-1	103	TORISEL	30
THYROLAR-1/2	103	torsemide	88
THYROLAR-1/4	103	total allergy medicine	157
THYROLAR-2	103	total b/c	157
THYROLAR-3	103	total fiber	157
tiagabine	73	total home insect repellent	157
ticlopidine	38, 49	TOUJEO SOLOSTAR	103
TIKOSYN	56	TOVIAZ	118
TILIA FE	103	TPN ELECTROLYTES	88
timolol maleate	56, 91	TRACLEER	113
tinidazole	21	TRADJENTA	103
tioconazole	157	tramadol	73
tioconazole-1	157	trandolapril	56
TIVICAY	21	tranexamic acid	38, 49
tizanidine	42	TRANSDERM-SCOP	94
TOBI PODHALER	21	tranylcypromine	73

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



TRAVASOL 10 %	88	trilyte with flavor packets	94
TRAVATAN Z	91	trimethobenzamide	94
travel sickness	157	trimethoprim	22
trazodone	73	trimipramine	73
TREANDA	31	TRINESSA (28)	104
TRECATOR	22	TRINESSA LO	104
TRELSTAR	31	TRINTELLIX	74
TRELSTAR DEPOT	31	triple antibiotic	158
TRELSTAR LA	31	triple antibiotic (pram) extra	158
TRESIBA FLEXTOUCH U-100	103	triple antibiotic plus	158
TRESIBA FLEXTOUCH U-200	104	triple antibiotic-pain relief	158
tretinoin	117	triple paste af	158
tretinoin (chemotherapy)	31	TRISENOX	31
TREXALL	31	TRIUMEQ	22
tri-biozene	157	trivora (28)	104
tri-buffered aspirin	158	trixaicin	158
tri-legest fe	104	trixaicin hp	158
tri-lo-estarylla	104	TROMBONEX	158
tri-lo-sprintec	104	TROPHAMINE 10 %	88
tri-previfem (28)	104	TROPHAMINE 6%	88
tri-sprintec (28)	104	tropicamide	91
TRI-VI-SOL	158	trospium	118
tri-vita	158	TRUEPLUS INSULIN	82
tri-vitamin	158	TRULICITY	104
triamcinolone acetonide	117	TRUMENBA	39, 49
triamterene-hydrochlorothiazid	88	TRUSTEX LATEX CONDOM	158
triderm	117	TRUSTEX LUBRICATED CONDOMS	158
trifluoperazine	73	TRUSTEX NON-LUB CONDOMS	158
trifluridine	91	TRUSTEX-RIA LUB/SPERMICIDE	158
trihexyphenidyl	73	TRUSTEX-RIA LUBRICATED CONDOMS	158
TRILEPTAL	73	TRUSTEX-RIA NON-LUB CONDOMS	158

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



TRUVADA	22	ULTICARE INSULIN SYRINGE	82
TUMS	158	ULTICARE PEN NEEDLE	82
TUMS E-X	158	ULTILET ALCOHOL SWAB	117
TUMS EXTRA STRENGTH SMOOTHIES	158	ULTILET INSULIN SYRINGE	82
TUMS FRESHERS	158	ULTILET PEN NEEDLE	82
TUMS ULTRA	158	ultimate men's complete 50+	159
tusnel diabetic	158	ultimate women's complete 50+	159
tussin	158	ultra a-d	159
tussin chest congestion	158	ultra b-100 complex	159
tussin cough dm	158	ULTRA CMFT INS SYR HALF UNIT	83
tussin cough-chest congestion	158	ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE	83
tussin dm	158	ultra dm free and clear	159
tussin dm clear	158	ultra fresh pm	159
tussin dm cough	158	ultra strength antacid	159
tussin dm cough and chest	159	ultra strength calcium antacid	159
tussin dm max	159	ultra tuss safe	159
tussin expectorant	159	ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR	83
tussin honey	159	ULTRA-THIN II (SHORT) PEN NDL	83
TWINRIX (PF)	39, 49	ULTRA-THIN II INS PEN NEEDLES	83
TYBOST	108	ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE	83
TYGACIL	22	ultrathon	159
TYKERB	31	UNICOMPLEX-M	159
TYLENOL	159	UNIFINE PENTIPS	83
tylophen	159	UNIFINE PENTIPS PLUS	83
TYPHIM VI	39, 49	UNITHROID	104
TYSABRI	108	UNITUXIN	31
TYZEKA	22	ursodiol	94
U		UVADEX	117
u-cort	117	V	
ULTICARE	82	VAGISTAT-1	159
ULTICARE INSULIN SYR HALF UNIT	82	vagistat-3	159

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



valacyclovir	22	viactiv	159
VALCHLOR	117	VIBERZI	94
VALCYTE	22	vicks qlearquil allergy	159
valganciclovir	22	vicks qlearquil nighttime rlf	159
valproate sodium	74	VICTOZA 2-PAK	104
valproic acid	74	VICTOZA 3-PAK	104
valproic acid (as sodium salt)	74	VIDEX 2 GRAM PEDIATRIC	22
valsartan	56	VIDEX 4 GRAM PEDIATRIC	22
valsartan-hydrochlorothiazide	56	vienva	104
valu-dryl allergy	159	VIGAMOX	92
vancomycin	22	VIIBRYD	74
VANISHPOINT SYRINGE	83	VIMPAT	74
VAQTA (PF)	39, 49	vinblastine	31
VARIVAX (PF)	39, 49	vincasar pfs	31
VARIZIG	39, 49	vincristine	31
VASCEPA	56, 57	vinorelbine	31
VECTIBIX	31	viorele (28)	104
vegetable laxative	159	VIRACEPT	22
VELCADE	31	VIRAMUNE XR	22
velivet triphasic regimen (28)	104	VIRAZOLE	22
VENCLEXTA	31	VIREAD	22
VENCLEXTA STARTING PACK	31	virt-care one	119
venlafaxine	74	vision	159
VENOFER	110	vision formula (with lutein)	159
VENTOLIN HFA	42	vision plus lutein	159
verapamil	57	VITA-BEE WITH C	159
VEREGEN	117	vitalee	159
VERIPRED 20	104	VITALETS	159
VERSACLOZ	74	vitamin a and d	159
verticalm	159	vitamin a and d grx	160
vestura (28)	104	vitamin b complex	160

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



VITAMIN D2	110	wal-profen	160
vitamin d3	160	wal-proxen	160
VITAMIN K1	111	wal-sporin	160
vitamins and minerals	160	wal-tussin	160
vitamins b complex	160	wal-tussin dm	160
VITAMINS FOR HAIR	160	wal-tussin dm clear	160
VITATRUE	119	wal-zan 75	160
VITATRUM	160	wal-zyr (cetirizine)	160
VITEKTA	22	warfarin	39, 49
VITRUM SENIOR	160	wart remover	160
vits a and d-white pet-lanolin	160	WATER	111
vol-plus	119	water for irrigation, sterile	88
VOLTAREN	74	WEBCOL	117
voriconazole	22	WELCHOL	57
VORTEX	111	wera (28)	104
VORTEX FROG MASK-CHILD	160	WINRHO SDF	39, 49
VORTEX LADYBUG MASK-TODDLER	160	woman's laxative	160
VORTEX VHC FROG MASK	111	women's daily formula	161
VORTEX VHC LADYBUG MASK	111	women's gentle laxative(bisac)	161
VOTRIENT	31	women's laxative (bisacodyl)	161
VPRIV	88	women's one daily	161
VRAYLAR	74	women's stool softener	161
W		WYMZYA FE	104
wal-dram	160	X	
wal-dryl allergy	160	XALKORI	31
wal-itin	160	XARELTO	39, 49, 50
wal-mucil fiber	160	XENAZINE	74
wal-mucil fiber (aspartame)	160	XGEVA	108
wal-mucil fiber (sugar)	160	XIFAXAN	22, 23
wal-mucil natural fiber lax	160	XOLAIR	113
wal-phed	160	XTANDI	31

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



XYREM	74	ZOLINZA	32
Y		zolpidem	75
yelets	161	zonisamide	75
YERVOY	31, 32	ZONTIVITY	40, 50
YF-VAX (PF)	39, 50	zoo chews	161
YONDELIS	32	zoo friends	161
Z		zoo friends original	161
zafirlukast	113	ZORTRESS	109
zaleplon	74	ZOSTAVAX (PF)	40, 50
ZALTRAP	32	zovia 1/35e (28)	104
ZANOSAR	32	zovia 1/50e (28)	104
ZANTAC 75	161	ZOVIRAX	117
zarah	104	ZYDELIG	32
ZARXIO	40, 50	ZYKADIA	32
ZAVESCA	108	ZYPREXA RELPREVV	75
zeasorb (miconazole)	161	ZYRTEC	161
ZELBORAF	32	ZYTIGA	32
ZEMPLAR	119	ZYVOX	23
zenchent fe	104	1-day	119
zeosa	104	1ST TIER UNIFINE PENTIPS	75
ZERBAXA	23	1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS	75
ZETIA	57	3 day vaginal	119
ZIAGEN	23	3-day vaginal	119
zidovudine	23	4-n-1 no rinse wash	119
ZINC CHLORIDE	111	8-MOP	113
zinc oxide	161		
ZINC WITH VITAMINS A AND C	161		
ziprasidone hcl	75		
ZIRGAN	92		
zoledronic acid	109		
zoledronic acid-mannitol-water	109		

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 11. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



Lista de medicamentos por enfermedad

Los medicamentos en esta sección están agrupados por categorías dependiendo del tipo de enfermedades para las cuales se los use. Por ejemplo, si tiene un problema cardíaco, debe buscar en la categoría enfermedades relacionadas con el corazón. Allí encontrará los medicamentos para tratar las afecciones cardíacas.

Infecciones.....	12	Deficiencia de vitaminas.....	118
Alergias.....	23		119
Cáncer.....	23		
.....	32		
Trastornos autoinmunes.....	40		
.....	42		
Enfermedades cardíacas.....	50		
Enfermedades cerebrales y de la médula espinal	57		
Diabetes.....	75		
Hipertensión y la retención de agua.....	83		
Enfermedades genéticas.....	88		
Enfermedades de ojos, oídos, nariz y garganta.....	89		
Enfermedades estomacales e intestinales.....	92		
Artritis.....	95		
Niveles altos de metal en sangre.....	95		
Desequilibrio hormonal.....	95		
Dolor local.....	105		
Artritis y otras enfermedades como esclerosis múltiple y osteoporosis	105		
Medicamentos radiológicos no pertenecientes a la Parte D	109		
.....	111		
Hemorragia postparto.....	111		
Tratamiento de heridas.....	112		
Asma.....	112		
Problemas de la piel.....	113		
Problemas de vejiga.....	118		

Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al



1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **Humana.com**.

La discriminación es contra la ley

CHA HMO, INC., HUMANA MEDICAL PLAN, INC, HUMANA HEALTH PLAN, INC., HUMANA BENEFIT PLAN OF ILLINOIS, INC., HUMANA INSURANCE COMPANY, HUMANA HEALTH BENEFIT PLAN OF LOUISIANA, INC., HUMANA INSURANCE OF PUERTO RICO, INC., HUMANA MEDICAL PLAN OF UTAH, INC., HUMANA HEALTH COMPANY OF NEW YORK, INC., HUMANA HEALTH PLANS OF PUERTO RICO, INC., HUMANA EMPLOYERS HEALTH PLAN OF GEORGIA, INC., HUMANA REGIONAL HEALTH PLAN, INC. CARITEN HEALTH PLAN INC., HUMANA HEALTH INSURANCE COMPANY OF FLORIDA, INC., ARCADIAN HEALTH PLAN, INC., HUMANA INSURANCE COMPANY OF NEW YORK, HUMANA WI HEALTH ORGANIZATION INSURANCE CORP, HUMANA MEDICAL PLAN OF PENNSYLVANIA, INC., HUMANA MEDICAL PLAN OF MICHIGAN, INC. ("Humana") cumple con todas las leyes aplicables de derechos civiles federales y no discrimina por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Humana no excluye a nadie, ni los trata de manera diferente por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Humana proporciona:

- Ayudas y servicios auxiliares gratuitos, como por ejemplo intérpretes acreditados para hablar por señas, interpretación remota por video e información escrita en otros formatos para personas con discapacidades cuando dichas ayudas y servicios auxiliares sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación.
- Servicios gratuitos de idiomas para personas cuyo idioma principal no es el inglés, cuando dichos servicios sean necesarios para proporcionar acceso útil, tales como documentos traducidos o interpretación oral.

Si necesita estos servicios, llame al 1-877-320-1235, si utiliza un TTY, llame al 711.

Si usted cree que Humana ha fallado en proveer estos servicios o discriminado de otra forma por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal ante:

Discrimination Grievances
P.O. Box 14618
Lexington, KY 40512 - 4618

Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame al 1-877-320-1235 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 de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios para quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Multi-Language Interpreter Services

English: ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-787-3311 (TTY: 711).

Español (Spanish): ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-787-3311 (TTY: 711).

繁體中文 (Chinese): 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-787-3311 (TTY: 711)。

Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-787-3311 (TTY: 711).

한국어 (Korean): 주의 : 한국어를 사용하시는 경우 , 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다 . 1-800-787-3311 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오 .

Tagalog (Tagalog – Filipino): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-787-3311 (TTY: 711).

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-787-3311 (телетайп: 711).

Kreyòl Ayisyen (French Creole): ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-787-3311 (TTY: 711).

Français (French): ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-787-3311 (ATS: 711).

Polski (Polish): UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-787-3311 (TTY: 711).

Português (Portuguese): ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-800-787-3311 (TTY: 711).

Italiano (Italian): ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-800-787-3311 (TTY: 711).

Deutsch (German): ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-787-3311 (TTY: 711).

العربية (Arabic):

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-787-3311 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

日本語 (Japanese): 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-787-3311 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

فارسی (Farsi):

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-800-787-3311 (TTY: 711) تماس بگیرید.

Diné Bizaad (Navajo): Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hólq, kojí' hódíłnih 1-800-787-3311 (TTY: 711).

[illegible]

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and extend across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

.....

FAVOR LEER CON ATENCIÓN: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS PARA ESTE PLAN. ESTE FORMULARIO FUE ACTUALIZADO EL 11/05/2016. SI TIENE PREGUNTAS, LLAME A HUMANA GOLD PLUS INTEGRATED H0336-001 (MEDICARE-MEDICAID PLAN) AL 1-800-787-3311 (TTY: 711), DE LUNES A VIERNES DE 8 A.M. A 8 P.M., HORA DEL CENTRO. LA LLAMADA ES GRATUITA.

Humana®