

COBERTURA DE MEDICAMENTOS PREVENTIVOS - PAGUE \$0



Con Humana, obtener los servicios preventivos de farmacia que usted necesita para mantener su salud general es más fácil que nunca. Nuestros planes proveen una variedad de medicamentos preventivos sin costo para los afiliados.¹

Los medicamentos mencionados a continuación estarán cubiertos al **100%** cuando se receten con fines de cuidado preventivo. Esto significa que no habrá ningún copago, coseguro ni deducible cuando los medicamentos recetados sean surtidos por farmacias que estén dentro de la red de farmacias de su plan. Podrá encontrar farmacias que estén dentro de su red visitando espanol.humana.com/PharmacyLocator.

Recuerde que el cuidado preventivo le mantiene saludable y puede prevenir enfermedades.

Medicamento preventivo cubierto (con la receta de un médico)	Quién reúne los requisitos
Aspirina	Adultos de 45 a 79 años de edad para prevenir enfermedades cardiovasculares; mujeres embarazadas para prevenir preeclampsia
Atorvastatina, lovastatina y simvastatina	Adultos de 40 años en adelante para prevenir enfermedades cardiovasculares
Medicamentos para la preparación intestinal para colonoscopia	Adultos de 50 a 75 años para colonoscopia de detección preventiva
Anticonceptivos	Mujeres en edad reproductiva para prevenir el embarazo
Flúor	Niños de 6 meses a 6 años cuya fuente de agua principal tenga una cantidad insuficiente de flúor
Ácido fólico	Mujeres que planifican quedar embarazadas o que podrían quedar embarazadas
Hierro	Niños de 6 a 12 meses que no presenten síntomas, pero que tengan mayor riesgo de tener anemia por deficiencia de hierro
Vacunas preventivas	Niños y adultos según lo recomienda el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP, por sus siglas en inglés)
Medicamentos para dejar de fumar	Adultos de 18 años en adelante
Tamoxifeno y raloxifeno	Mujeres que tengan mayor riesgo de sufrir cáncer de mama y tengan poco riesgo de experimentar efectos adversos al medicamento
Vitamina D	Adultos de 65 años o más que tengan riesgo de caerse y vivan en un entorno de cuidado residencial

¹La cobertura depende del plan. Rigen los términos de la póliza.

Humana
Pharmacy Solutions.

La cobertura es para ciertas cantidades de dosis de medicamentos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés); por lo tanto, consulte la Lista de medicamentos preventivos de \$0 de Humana para obtener información específica, que podrá encontrar en espanol.humana.com/DrugList. Para entender mejor los beneficios de medicamentos recetados de su plan, ingrese en espanol.humana.com y regístrese en MyHumana, o ingrese en la aplicación móvil de MyHumana. También puede comunicarse con un especialista de Atención al cliente llamando al número de teléfono que se encuentra al reverso de su tarjeta de identificación de afiliado de Humana.

La discriminación es contra la ley

Humana Inc. y sus subsidiarias cumplen con todas las leyes aplicables de derechos civiles federales y no discriminan por motivos de raza, color de la piel, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo. Humana Inc. y sus subsidiarias no excluyen a nadie ni tratan a las personas de manera diferente por motivos de raza, color de la piel, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo.

Humana Inc. y sus subsidiarias proveen recursos y servicios auxiliares gratuitos como, por ejemplo, intérpretes de lenguaje de señas acreditados, interpretación remota por video e información escrita en otros formatos para personas con discapacidades cuando dichos recursos y servicios auxiliares sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación. Asimismo, proveen 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** o, si utiliza un TTY, llame al **711**.

Si usted cree que Humana Inc. y sus subsidiarias no le han provisto estos servicios o le han discriminado de otra forma por motivos de raza, color de la piel, nacionalidad de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja formal ante Civil Rights/LEP/ADA/Section 1557 Compliance Officer, 500 W. Main Street -10th floor, Louisville, Kentucky 40202.

Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame al **1-877-320-1235** o, 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, de manera electrónica 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 de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Multi-Language Interpreter Services

ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call the number on your ID card (**TTY: 711**)... ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística.

Llame al número que figura en su tarjeta de identificación (**TTY: 711**)... 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電會員卡上的電話號碼 (**TTY: 711**)... CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số điện thoại ghi trên thẻ ID của quý vị (**TTY: 711**)... 주의 : 한국어를 사용하시는 경우 , 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다 . ID 카드에 적혀 있는 번호로 전화해 주십시오 (**TTY: 711**)... PAUNAWA:

Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tawagan ang numero na nasa iyong ID card (**TTY: 711**)... ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Наберите номер, указанный на вашей карточке-удостоверении телетайп: (**711**)...

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele nimewo ki sou kat idantite manm ou (**TTY: 711**)... ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement.

Appelez le numéro figurant sur votre carte de membre (**ATS: 711**)... UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Proszę zadzwonić pod numer podany na karcie identyfikacyjnej (**TTY: 711**)... ATENÇÃO:

Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para o número presente em seu cartão de identificação (**TTY: 711**)... ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero che appare sulla tessera identificativa (**TTY: 711**)... ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Wählen Sie die Nummer, die sich auf Ihrer Versicherungskarte befindet (**TTY: 711**)... 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。お手持ちの ID カードに記載されている電話番号までご連絡ください (**TTY: 711**)...

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با شماره تلفن روی کارت شناسایی تان تماس بگیرید (**TTY: 711**)...

Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yáníłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hólq, námboo ninaaltsoos yézhí, bee néé ho'dółzin bikáá'ígíí bee hólne' (**TTY: 711**)...

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم الهاتف الموجود على بطاقة الهوية الخاصة بك (**TTY: 711**)...

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم الهاتف الموجود على بطاقة الهوية الخاصة بك (**TTY: 711**)...

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم الهاتف الموجود على بطاقة الهوية الخاصة بك (**TTY: 711**)...

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم الهاتف الموجود على بطاقة الهوية الخاصة بك (**TTY: 711**)...

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم الهاتف الموجود على بطاقة الهوية الخاصة بك (**TTY: 711**)...

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم الهاتف الموجود على بطاقة الهوية الخاصة بك (**TTY: 711**)...

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم الهاتف الموجود على بطاقة الهوية الخاصة بك (**TTY: 711**)...

Medicamentos preventivos de \$0

Vigencia: 1o. de enero de 2017

En Humana, estamos comprometidos a suplir sus necesidades para el cuidado de la salud. En la lista siguiente, encontrará los medicamentos disponibles sin costo alguno.* La lista pudiera no ser válida para todos los planes de salud y puede cambiar con el tiempo. Para comprender mejor su beneficio de medicamentos recetados, visite Humana.com. Puede también llamar a un representante del Servicio al Cliente de Humana al número de teléfono que se encuentra en la parte posterior de su tarjeta de identificación de afiliado/a de Humana. Pueden aplicarse ciertas restricciones.

* Debe obtener una receta médica para que podamos procesar una reclamación por productos o medicamentos preventivos bajo su plan de farmacia. Esto también incluye artículos de venta al público.

Categoría	Nombre del medicamento	Requisitos de gestión de uso
Aspirin	Adult Low Dose Aspirin 81 mg tablet, delayed release - MM	
	Aspir-81 81 mg tablet, delayed release - MM	
	ASPIRIN 81 MG CHEWABLE TABLET - MM	
	ASPIRIN ADULT 81 MG CHEW TAB - MM	
	Aspirin Childrens 81 mg chewable tablet - MM	
	ASPIRIN EC 81 MG TABLET - MM	
	Aspirin Low Dose 81 mg tablet, delayed release - MM	
	Aspir-Low 81 mg tablet, delayed release - MM	
	Bayer Chewable Low Dose Aspirin 81 mg tablet - MM	
	Children's Aspirin 81 mg chewable tablet - MM	
	CVS ASPIRIN 81 MG CHEWABLE TAB - MM	
	CVS ASPIRIN EC 81 MG TABLET - MM	
	CVS CHILD ASPIRIN CHEW TAB - MM	
	Ecotrin Low Strength 81 mg tablet, enteric coated - MM	
	Enteric Coated Aspirin 81 mg tablet, delayed release - MM	
	EQ ASPIRIN 81 MG CHEWABLE TAB - MM	
	EQ ASPIRIN EC 81 MG TABLET - MM	
	EQL ASPIRIN 81 MG CHEWABLE TAB - MM	
	EQL ASPIRIN EC 81 MG TABLET - MM	
	GNP ASPIRIN 81 MG CHEWABLE TAB - MM	
	GNP ASPIRIN EC 81 MG TABLET - MM	
	HM ASPIRIN 81 MG CHEWABLE TAB - MM	
	HM ASPIRIN EC 81 MG TABLET - MM	
	KRO ASPIRIN 81 MG CHEWABLE TAB - MM	
	KRO ASPIRIN EC 81 MG TABLET - MM	
	Lo-Dose Aspirin 81 mg tablet, delayed release - MM	

Categoría	Nombre del medicamento	Requisitos de gestión de uso
	PUB ASPIRIN 81 MG CHEWABLE TAB - MM	
	PV ASPIRIN 81 MG CHEWABLE TAB - MM	
	PV ASPIRIN EC 81 MG TABLET - MM	
	QC ASPIRIN 81 MG CHEWABLE TAB - MM	
	QC ASPIRIN EC 81 MG TABLET - MM	
	RA ASPIRIN 81 MG CHEWABLE TAB - MM	
	RA ASPIRIN EC 81 MG TABLET - MM	
	SB ASPIRIN EC 81 MG TABLET - MM	
	SM ASPIRIN 81 MG CHEWABLE TAB - MM	
	SM ASPIRIN EC 81 MG TABLET - MM	
	St Joseph Aspirin 81 mg chewable tablet - MM	
	St. Joseph Aspirin 81 mg tablet,delayed release - MM	
Bowel Prep Aids	Alophen 5 mg tablet,delayed release	
	BISACODYL EC 5 MG TABLET	
	Bisa-Lax 5 mg tablet,delayed release	
	CASTOR OIL	
	Chocolate Laxative 15 mg chewable tablet	
	Citrate of Magnesia oral	
	Citroma oral solution	
	ClearLax 17 gram oral powder packet	QL May Apply
	ClearLax 17 gram/dose oral powder	QL May Apply
	Colace 2-In-1 8.6 mg-50 mg tablet	
	Colyte with Flavor Packs 240 gram-22.72 g-6.72 g-5.84 g oral solution	
	Correctol 5 mg tablet	
	CVS BISACODYL EC 5 MG TABLET	
	CVS CASTOR OIL	
	CVS CITRATE OF MAGNESIA SOLN	
	CVS MAGNESIUM CITRATE SOLN	
	DOC-Q-LAX TABLET	
	DOK Plus 8.6 mg-50 mg tablet	
	Ducodyl 5 mg tablet,delayed release	
	Dulcolax (bisacodyl) 5 mg tablet,delayed release	
	EQ MAGNESIUM CITRATE SOLUTION	
	EQL CASTOR OIL	
	EQL MAGNESIUM CITRATE SOLUTION	
	Evac-U-Gen (sennosides) 8.6 mg tablet	
	Ex-Lax (sennosides) 15 mg chewable tablet	
	Ex-Lax (sennosides) 15 mg tablet	
	Ex-Lax Maximum Strength 25 mg tablet	
	Fleet Laxative 5 mg tablet,delayed release	
	Gavilax 17 gram/dose oral powder	QL May Apply
	Gavilyte-C 240 gram-22.72 gram-6.72 gram-5.84 gram oral solution	
	GaviLyte-G 236 gram-22.74 gram-6.74 gram-5.86 gram oral solution	
	GAVILYTE-H AND BISACODYL KIT	

Categoría	Nombre del medicamento	Requisitos de gestión de uso
	GaviLyte-N 420 gram oral solution	
	Gentle Laxative 5 mg tablet, delayed release	
	GentleLax 17 gram/dose oral powder	QL May Apply
	Geri-kot 8.6 mg tablet	
	Gialax 17 gram/scoop oral kit	
	GlycoLax 17 gram/dose oral powder	QL May Apply
	GNP CASTOR OIL	
	Golytely 227.1 gram-21.5 gram-6.36 gram oral powder packet	
	Golytely 236 gram-22.74 gram-6.74 gram-5.86 gram oral solution	
	HealthyLax 17 gram oral powder packet	QL May Apply
	HM CASTOR OIL	
	HM MAGNESIUM CITRATE SOLUTION	
	Laxacin 8.6 mg-50 mg tablet	
	LaxaClear 17 gram/dose oral powder	QL May Apply
	Laxative (bisacodyl) 5 mg tablet	
	Laxative (bisacodyl) 5 mg tablet, delayed release	
	Laxative (sennosides) 15 mg chewable tablet	
	Laxative (sennosides) 25 mg tablet	
	LAXATIVE 15 MG PILLS	
	Laxative Feminine 5 mg tablet	
	Laxative Maximum Strength 25 mg tablet	
	Laxative PEG 3350 17 gram/dose oral powder	QL May Apply
	Laxative Pills 25 mg tablet	
	Laxative Pills Regular 15 mg tablet	
	Laxative Plus Stool Softener 8.6 mg-50 mg tablet	
	Laxative Stool Softener With Senna 8.6 mg-50 mg tablet	
	MAGNESIUM CITRATE SOLUTION	
	MEDI-LAXX TABLET	
	Milk of Magnesia 400 mg/5 mL oral suspension	
	Milk Of Magnesia Concentrated 2,400 mg/10 mL oral suspension	
	Miralax 17 gram oral powder packet	QL May Apply
	Miralax 17 gram/dose oral powder	QL May Apply
	MoviPrep 100 g-7.5 g-2.691 g-4.7 g oral powder packet	
	Natural Laxative 25 mg tablet	
	NATURAL SENNA LAXATIVE TAB	
	Natural Vegetable Laxative (sennosides) 8.6 mg tablet	
	Natura-LAX 17 gram/dose oral powder	QL May Apply
	NuLYTELY with Flavor Packs 420 gram oral solution	
	OsmoPrep 1.5 gram (1.102-0.398) tablet	
	P-COL RITE 8.6 mg-50 mg tablet	
	PEG 3350 ELECTROLYTE SOLN	
	PEG 3350-ELECTROLYTE SOLUTION	
	PEG3350 17 gram/dose oral powder	QL May Apply
	PEG-3350 AND ELECTROLYTES SOLN	

Categoría	Nombre del medicamento	Requisitos de gestión de uso
	PEG-Prep 5 mg-210 gram oral kit	
	Perdiem Overnight Relief 15 mg tablet	
	PERI-COLACE TABLET	
	Phillips Milk of Magnesia 400 mg/5 mL oral suspension	
	POLYETHYLENE GLYCOL 3350 POWD	QL May Apply
	Powderlax 17 gram/dose oral	QL May Apply
	Prepopik 10 mg-3.5 gram-12 gram oral powder packet	
	Purelax 17 gram oral powder packet	QL May Apply
	Purelax 17 gram/dose oral powder	QL May Apply
	PV CASTOR OIL	
	PV LAXATIVE 15 MG TABLET	
	PV MAGNESIUM CITRATE SOLUTION	
	PV SENNA 8.6 MG SOFTGEL	
	QC CASTOR OIL	
	QC MAGNESIUM CITRATE SOLUTION	
	RA BISACODYL EC 5 MG TABLET	
	RA LAXATIVE 17.2 MG TABLET	
	SB BISACODYL EC 5 MG TABLET	
	Senexon 8.6 mg tablet	
	SENEXON 8.8 MG/5 ML LIQUID	
	Senexon-S 8.6 mg-50 mg tablet	
	senna 176 mg/5 mL syrup	
	senna 8.6 mg tablet	
	senna 8.8 mg/5 mL syrup	
	Senna Lax 8.6 mg tablet	
	Senna Laxative 25 mg tablet	
	Senna Laxative 8.6 mg tablet	
	Senna Laxative-Stool Softener 8.6 mg-50 mg tablet	
	Senna Plus 8.6 mg-50 mg tablet	
	Senna with Docusate Sodium 8.6 mg-50 mg tablet	
	Senna-Extra 17.2 mg tablet	
	SENNALAX-S TABLET	
	Senna-S 8.6 mg-50 mg tablet	
	Senna-Time S 8.6 mg-50 mg tablet	
	Senno 8.6 mg tablet	
	SENNOSIDES-DOCUSATE SODIUM TAB	
	Senokot 8.6 mg tablet	
	Senokot Extra Strength 17.2 mg tablet	
	Senokot-S 8.6 mg-50 mg tablet	
	SENOKOTXTRA TABLET	
	Sen-O-Tab 8.6 mg tablet	
	SM CASTOR OIL	
	SM MAGNESIUM CITRATE SOLUTION	
	SmoothLax 17 gram oral powder packet	QL May Apply

Categoría	Nombre del medicamento	Requisitos de gestión de uso
	SmoothLax 17 gram/dose oral powder	QL May Apply
	Stimulant Laxative Plus 8.6 mg-50 mg tablet	
	Stool Softener-Laxative 8.6 mg-50 mg tablet	
	Stool Softener-Stimulant Laxative 8.6 mg-50 mg tablet	
	Suprep Bowel Prep Kit 17.5 gram-3.13 gram-1.6 gram oral solution	
	TriLyte With Flavor Packets 420 gram oral solution	
	Vegetable Laxative 8.6 mg tablet	
	Woman's Laxative 5 mg tablet	
	Woman's Laxative 5 mg tablet, delayed release	
	Women's Gentle Laxative (bisacodyl) 5 mg tablet, delayed release	
	Women's Laxative (bisacodyl) 5 mg tablet	
	Women's Laxative (bisacodyl) 5 mg tablet, delayed release	
Breast Cancer RR	RALOXIFENE HCL 60 MG TABLET - MM	QL May Apply
	TAMOXIFEN 10 MG TABLET - MM	
	TAMOXIFEN 20 MG TABLET - MM	
Contraceptives	Aimsco Latex Condom	
	Altavera (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet - MM	
	Alyacen 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet - MM	
	Alyacen 7/7/7 (28) 0.5 mg/0.75 mg/1 mg-35 mcg tablet - MM	
	Amethia 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg(7) tablets, 3 month dose pack - MM	QL May Apply
	Amethia Lo 0.10 mg-20 mcg (84)/10 mcg(7) tablets, 3 month dose pack - MM	QL May Apply
	Amethyst 90 mcg-20 mcg tablet - MM	
	Apri 0.15 mg-0.03 mg tablet - MM	
	Aranelle (28) 0.5 mg/1 mg/0.5 mg-35 mcg tablet - MM	
	Ashlyna 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg(7) tablets, 3 month dose pack - MM	QL May Apply
	Aubra 0.1 mg-20 mcg tablet - MM	
	Aviane 0.1 mg-20 mcg tablet - MM	
	Azurette (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet - MM	
	Balziva (28) 0.4 mg-35 mcg tablet - MM	
	Bekyree (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet - MM	
	Blisovi 24 Fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet - MM	
	Blisovi Fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet - MM	
	Blisovi Fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet - MM	
	Briellyn 0.4 mg-35 mcg tablet - MM	
	Camila 0.35 mg tablet - MM	
	Caya Contoured 60 mm-85 mm vaginal diaphragm	
	Caziant (28) 0.1 mg/0.125 mg/0.15 mg-25 mcg tablet - MM	
	Chateal 0.15 mg-0.03 mg tablet - MM	
	Condoms-Prem Lubricated	
	Cryselle (28) 0.3 mg-30 mcg tablet - MM	
	Cyclafem 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet - MM	
	Cyclafem 7/7/7 (28) 0.5 mg/0.75 mg/1 mg-35 mcg tablet - MM	

Categoría	Nombre del medicamento	Requisitos de gestión de uso
	Cyred 0.15 mg-0.03 mg tablet - MM	
	Dasetta 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet - MM	
	Dasetta 7/7/7 (28) 0.5 mg(7)/0.75 mg(7)/1 mg(7)-35 mcg tablet - MM	
	Daysee 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack - MM	QL May Apply
	Deblitane 0.35 mg tablet - MM	
	Delyla (28) 0.1 mg-20 mcg tablet - MM	
	Depo-SubQ provera 104 104 mg/0.65 mL subcutaneous syringe - MM	QL May Apply
	DESOGEST-ETH ESTRA 0.15-0.03MG - MM	
	DESOGESTREL-ETHINYL ESTRAD TAB - MM	
	DESOGESTR-ETH ESTRAD ETH ESTRA - MM	
	DROSP-EE-LEVOMEF 3-0.02-0.451 - MM	
	DROSPIRENONE-EE 3-0.02 MG TAB - MM	
	DROSPIRENONE-EE 3-0.03 MG TAB - MM	
	Durex Avanti Bare Real Feel Condom	
	EContra EZ 1.5 mg tablet	
	Elinest 0.3 mg-30 mcg tablet - MM	
	Ella 30 mg tablet	QL May Apply
	Emoquette 0.15 mg-0.03 mg tablet - MM	
	Enpresse 50-30 (6)/75-40(5)/125-30(10) tablet - MM	
	Enskyce 0.15 mg-0.03 mg tablet - MM	
	Errin 0.35 mg tablet - MM	
	Estarylla 0.25 mg-35 mcg tablet - MM	
	ETHYNODIOL-ETH ESTRA 1MG-35MCG - MM	
	ETHYNODIOL-ETH ESTRA 1MG-50MCG - MM	
	FALLBACK SOLO 1.5 MG TABLET	
	Falmina (28) 0.1 mg-20 mcg tablet - MM	
	Fantasy Condom	
	Fayosim 0.15 mg-20 mcg/0.15 mg-25 mcg tablets,3 month dose pack - MM	QL May Apply
	FC2 Female Condom	
	FemCap 22 mm vaginal device	
	FemCap 26 mm vaginal device	
	FemCap 30 mm vaginal device	
	Femynor 0.25 mg-35 mcg tablet - MM	
	Gildagia 0.4 mg-35 mcg tablet - MM	
	GILDESS 1 MG-20 MCG TABLET - MM	
	GILDESS 1.5 MG-30 MCG TABLET - MM	
	GILDESS 24 FE 1-0.02 MG TABLET - MM	
	GILDESS FE 1.5-30 TABLET - MM	
	GILDESS FE 1-20 TABLET - MM	
	Gynol II 3 % vaginal gel	
	Heather 0.35 mg tablet - MM	
	Introvale 0.15 mg-30 mcg tablets,3 month dose pack - MM	QL May Apply
	Isibloom 0.15 mg-0.03 mg tablet - MM	

Categoría	Nombre del medicamento	Requisitos de gestión de uso
	Jencycla 0.35 mg tablet - MM	
	Juleber 0.15 mg-0.03 mg tablet - MM	
	Junel 1.5/30 (21) 1.5 mg-30 mcg tablet - MM	
	Junel 1/20 (21) 1 mg-20 mcg tablet - MM	
	Junel FE 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet - MM	
	Junel FE 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet - MM	
	Junel Fe 24 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet - MM	
	Kaitlib Fe 0.8 mg-25 mcg (24)/75 mg (4) chewable tablet - MM	
	Kariva (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet - MM	
	Kelnor 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet - MM	
	Kimidess (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet - MM	
	Kimono Condoms(Non-lubricated)	
	Kimono Maxx Condoms	
	Kimono MicroThin Aqua Lube Condom	
	Kimono MicroThin Condoms	
	Kimono MicroThin Large Condoms	
	Kimono Textured Condoms	
	Kurvelo 0.15 mg-0.03 mg tablet - MM	
	Kyleena 17.5 mcg/24 hour (5 years) intrauterine device - MM	
	Larin 1.5/30 (21) 1.5 mg-30 mcg tablet - MM	
	Larin 1/20 (21) 1 mg-20 mcg tablet - MM	
	Larin 24 Fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet - MM	
	Larin Fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet - MM	
	Larin Fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet - MM	
	Larissia 0.1 mg-20 mcg tablet - MM	
	Lessina 0.1 mg-20 mcg tablet - MM	
	Levonest (28) 50-30 (6)/75-40(5)/125-30(10) tablet - MM	
	LEVONO-E ESTRAD 0.10-0.02-0.01 - MM	QL May Apply
	LEVONO-E ESTRAD 0.15-0.03-0.01 - MM	QL May Apply
	LEVONOR-ETH ESTRA 0.09-0.02 MG - MM	
	LEVONOR-ETH ESTRAD 0.1-0.02 MG - MM	
	LEVONOR-ETH ESTRAD 0.15-0.03 - MM	QL May Apply
	LEVONOR-ETH ESTRAD TRIPHASIC - MM	
	LEVONORG 0.15MG-EE 20-25-30MCG - MM	QL May Apply
	LEVONORGESTREL 1.5 MG TABLET	
	Levora-28 0.15 mg-0.03 mg tablet - MM	
	Lillow 0.15 mg-0.03 mg tablet - MM	
	Lo Loestrin Fe 1 mg-10 mcg (24)/10 mcg (2) tablet - MM	
	Lomedia 24 Fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet - MM	
	Loryna (28) 3 mg-20 mcg tablet - MM	
	Low-Ogestrel (28) 0.3 mg-30 mcg tablet - MM	
	Lutera (28) 0.1 mg-20 mcg tablet - MM	
	Lyza 0.35 mg tablet - MM	
	Marlissa 0.15 mg-0.03 mg tablet - MM	

Categoría	Nombre del medicamento	Requisitos de gestión de uso
	MEDROXYPROGESTERONE 150 MG/ML - MM	QL May Apply
	Melodetta 24 Fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) chewable tablet - MM	
	Mibelas 24 Fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) chewable tablet - MM	
	Microgestin 1/20 (21) 1 mg-20 mcg tablet - MM	
	Mirena 20 mcg/24 hr (5 years) intrauterine device - MM	
	Mono-Linyah 0.25 mg-35 mcg tablet - MM	
	My Way 1.5 mg tablet	
	Myzila 50-30 (6)/75-40(5)/125-30(10) tablet - MM	
	Natazia 3 mg/2 mg-2 mg/2 mg-3 mg/1 mg tablet - MM	
	Necon 0.5/35 (28) 0.5 mg-35 mcg tablet - MM	
	Necon 1/50 (28) 1 mg-50 mcg tablet - MM	
	NECON 10-11-28 TABLET - MM	
	NECON 1-35-28 TABLET - MM	
	Nexplanon 68 mg subdermal implant	
	Next Choice One Dose 1.5 mg tablet	
	Nikki (28) 3 mg-20 mcg tablet - MM	
	NORET-ESTR-FE 0.4-0.035(21)-75 - MM	
	NORETH-ESTRAD-FE 1-0.02(21)-75 - MM	
	NORETH-ESTRAD-FE 1-0.02(24)-75 - MM	
	NORETHIND-ETH ESTRAD 1-0.02 MG - MM	
	NORETHINDRONE 0.35 MG TABLET - MM	
	NORETHIN-ESTRA-FE 0.8-0.025 MG - MM	
	NORG-EE 0.18-0.215-0.25/0.025 - MM	
	NORG-EE 0.18-0.215-0.25/0.035 - MM	
	NORG-ETHIN ESTRA 0.25-0.035 MG - MM	
	NORINYL 1+50-28 TABLET - MM	
	Norlyda 0.35 mg tablet - MM	
	Norlyroc 0.35 mg tablet - MM	
	Nortrel 0.5/35 (28) 0.5 mg-35 mcg tablet - MM	
	Nortrel 1/35 (21) 1 mg-35 mcg tablet - MM	
	Nortrel 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet - MM	
	Nortrel 7/7/7 (28) 0.5 mg/0.75 mg/1 mg-35 mcg tablet - MM	
	NuvaRing 0.12 mg -0.015 mg/24 hr vaginal - MM	QL May Apply
	Ogestrel (28) 0.5 mg-50 mcg tablet - MM	
	Opcicon One-Step 1.5 mg tablet	
	Option-2 1.5 mg tablet	
	Orsythia 0.1 mg-20 mcg tablet - MM	
	ParaGard T 380A 380 square mm intrauterine device - MM	
	Philith 0.4 mg-35 mcg tablet - MM	
	Pimtrea (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet - MM	
	Pirmella 0.5/0.75/1 mg-35 mcg tablet - MM	
	Pirmella 1 mg-35 mcg tablet - MM	
	Portia 0.15 mg-0.03 mg tablet - MM	
	Previfem 0.25 mg-35 mcg tablet - MM	

Categoría	Nombre del medicamento	Requisitos de gestión de uso
	Quasense 0.15 mg-30 mcg tablets,3 month dose pack - MM	QL May Apply
	Rajani (28) 3 mg-0.02 mg-0.451 mg (24)/0.451 mg (4) tablet - MM	
	REACT 1.5 MG TABLET	
	Reclipsen (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet - MM	
	Safyral 3 mg-0.03 mg-0.451 mg (21)/0.451 mg (7) tablet - MM	
	Setlakin 0.15 mg-30 mcg tablets,3 month dose pack - MM	QL May Apply
	Sharobel 0.35 mg tablet - MM	
	Skyla 14 mcg/24 hour (3 years) intrauterine device - MM	
	Sprintec (28) 0.25 mg-35 mcg tablet - MM	
	Sronyx 0.1 mg-20 mcg tablet - MM	
	Syeda 3 mg-0.03 mg tablet - MM	
	Tarina Fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet - MM	
	Taytulla 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) capsule - MM	
	Tilia Fe 1-20 (5)/1-30(7)/1mg-35mcg(9) tablet - MM	
	Today Contraceptive Sponge 1,000 mg vaginal contraceptive sponge	
	Tri Femynor (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet - MM	
	Tri-Estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg(28) tablet - MM	
	Tri-Legest Fe 1-20 (5)/1-30(7)/1mg-35mcg(9) tablet - MM	
	Tri-Linyah (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet - MM	
	Tri-Lo-Estarylla 0.18 mg/0.215 mg/0.25 mg-25 mcg tablet - MM	
	Tri-Lo-Marzia 0.18 mg/0.215 mg/0.25 mg-25 mcg tablet - MM	
	Tri-Lo-Sprintec 0.18 mg/0.215 mg/0.25 mg-25 mcg tablet - MM	
	Tri-Previfem (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet - MM	
	Tri-Sprintec (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet - MM	
	Trivora (28) 50-30 (6)/75-40(5)/125-30(10) tablet - MM	
	Trustex Latex Condom	
	Trustex Lubricated Condoms	
	Trustex Non-Lubricated Condoms	
	Trustex-RIA Lubricated Condoms	
	Trustex-RIA Lubricated/Spermicide Condom	
	Trustex-RIA Non-Lubricated Condoms	
	Vaginal Contraceptive Film 28 %	
	Vaginal Contraceptive Foam 12.5 %	
	VCF Contraceptive Film 28 % vaginal	
	VCF Contraceptive Gel 4 % gel	
	Velivet Triphasic Regimen (28) 0.1 mg/0.125 mg/0.15 mg-25 mcg tablet - MM	
	Vestura (28) 3 mg-20 mcg tablet - MM	
	Vienna 0.1 mg-20 mcg tablet - MM	
	Viorele (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet - MM	
	Vyfemla (28) 0.4 mg-35 mcg tablet - MM	
	Wera (28) 0.5 mg-35 mcg tablet - MM	
	Wide-Seal Diaphragm 60 mm vaginal	
	Wide-Seal Diaphragm 65 mm vaginal	

Categoría	Nombre del medicamento	Requisitos de gestión de uso
	Wide-Seal Diaphragm 70 mm vaginal	
	Wide-Seal Diaphragm 75 mm vaginal	
	Wide-Seal Diaphragm 80 mm vaginal	
	Wide-Seal Diaphragm 85 mm vaginal	
	Wide-Seal Diaphragm 90 mm vaginal	
	Wide-Seal Diaphragm 95 mm vaginal	
	Wymzya Fe 0.4 mg-35 mcg (21)/75 mg (7) chewable tablet - MM	
	Xulane 150 mcg-35 mcg/24 hr transdermal patch - MM	QL May Apply
	Zarah 3 mg-0.03 mg tablet - MM	
	Zenchent (28) 0.4 mg-35 mcg tablet - MM	
	ZENCHENT FE TABLET CHEWABLE - MM	
	ZEOSA CHEWABLE TABLET - MM	
	Zovia 1/35E (28) 1 mg-35 mcg tablet - MM	
	Zovia 1/50E (28) 1 mg-50 mcg tablet - MM	
	Fluoride	
	Floriva (fluoride-vitamin D3) 0.25 mg (0.55 mg)-400 unit/mL oral drops	
	Floriva Plus 0.25 mg fluoride (0.55 mg)/mL oral drops	
	Fluorabon 0.25 mg fluoride (0.55 mg sodium fluoride)/0.6 mL oral drops - MM	
	FLUOR-A-DAY 0.5 MG TAB CHEW - MM	
	Fluor-a-day 2.5 mg fluoride (5.56 mg sodium fluoride)/mL oral drops - MM	
	Fluor-a-day(with Xylitol) 0.25 mg fluoride(0.55 mg)-236.79 mg chew tab - MM	
	Fluor-a-day(with Xylitol) 1 mg fluoride (2.2 mg)-236.79 mg chew tablet - MM	
	FLUORIDE 0.25 MG TABLET CHEW - MM	
	FLUORIDE 0.5 MG TABLET CHEW - MM	
	FLUORIDE 1 MG TABLET CHEWABLE - MM	
	FLUORITAB 0.125 MG/DRP DROPS - MM	
	Fluoritab 0.5 mg fluoride (1.1 mg sodium fluoride) chewable tablet - MM	
	Fluoritab 1 mg fluoride (2.2 mg sodium fluoride) chewable tablet - MM	
	Flura-Drops 0.25 mg fluoride (0.55 mg sodium fluoride)/drop oral - MM	
	Ludent Fluoride 0.25 mg fluoride (0.55 mg sod.fluorid) chewable tablet - MM	
	Ludent Fluoride 0.5 mg fluoride (1.1 mg sod.fluoride) chewable tablet - MM	
	Ludent Fluoride 1 mg fluoride (2.2 mg sodium fluoride) chewable tablet - MM	
	NEUTRAL SODIUM FLUORIDE - MM	QL May Apply
	PreviDent 0.2 % dental solution - MM	QL May Apply
	SODIUM FLUORIDE 0.5 MG(1.1 MG) - MM	
	SODIUM FLUORIDE 0.5 MG/ML DROP - MM	
	SODIUM FLUORIDE 1 MG (2.2 MG) - MM	
Iron	Abatron 100 mg iron-0.8 mg-10 mg/5 mL oral liquid	
	CHILD FERROUS SULFATE 15 MG/ML	
	Children's Iron 15 mg iron (75 mg)/mL oral drops	

Categoría	Nombre del medicamento	Requisitos de gestión de uso
	Fer-In-Sol 15 mg iron (75 mg)/mL oral drops	
	FER-IRON 15 MG/1 ML DROPS	
	FeroSul 220 mg (44 mg iron)/5 mL oral elixir	
	Ferretts Carbonyl Iron 18 mg iron chewable tablet	
	Ferretts IPS 40 mg/15 mL oral liquid	
	FERROUS SULF 15 MG IRON/ML DRP	
	FERROUS SULF 220 MG/5 ML ELIX	
	FERROUS SULF 220 MG/5 ML LIQ	
	FERROUS SULF 300 MG/5 ML LIQ	
	Icar 15 mg/1.25 mL oral suspension	
	IRON 15 MG/ML DROPS	
	Iron Chews 15 mg tablet	
	IronUp 15 mg iron/0.5 mL oral drops	
	Iro-Plex (iron polysaccharide) 165 mg iron-600 mg-2 mg/5 mL oral liqd	
	MaxFe 160 mg iron-60 mcg/10 mL oral liquid	
	MaxFe Drops 20 mg iron-10 mcg-10 mg/mL oral	
	MYKIDZ IRON 10 SUSPENSION	
	NovaFerrum 125 125 mg iron-100 unit/5 mL oral liquid	
	NovaFerrum 15 mg iron/mL oral drops	
	Wee Care 15 mg/1.25 mL oral suspension	
Prenatal Folic Acid	CVS FOLIC ACID 800 MCG TABLET - MM	
	Daily Prenatal 28 mg-800 mcg-440 mg oral pack - MM	
	Deplin (algal oil) 15 mg-90.314 mg capsule	
	Deplin (algal oil) 7.5 mg-90.314 mg capsule	
	Elfolate 15 mg tablet	
	Elfolate 7.5 mg tablet	
	EQL FOLIC ACID 400 MCG TAB - MM	
	FA-8 0.8 mg capsule - MM	
	FOLIC ACID 0.4 MG TABLET - MM	
	FOLIC ACID 0.8 MG TABLET - MM	
	FOLIC ACID 1 MG TABLET - MM	
	FOLIC ACID 1,000 MCG TABLET - MM	
	FOLIC ACID 20 MG CAPSULE - MM	
	FOLIC ACID 400 MCG TABLET - MM	
	FOLIC ACID 800 MCG CAPSULE - MM	
	FOLIC ACID 800 MCG TABLET - MM	
	GNP FOLIC ACID 400 MCG TABLET - MM	
	HM FOLIC ACID 400 MCG TABLET - MM	
	KPN 9 mg iron-267 mcg tablet - MM	
	KPN tablet - MM	
	LEVOMEFOLATE-ALGAL 15 MG CAP	
	LEVOMEFOLATE-ALGAL 7.5 MG CAP	
	L-Methylfolate 15 mg tablet	
	L-Methylfolate 7.5 mg tablet	

Categoría	Nombre del medicamento	Requisitos de gestión de uso
	L-METHYLFOLATE CALCIUM 15 MG	
	L-METHYLFOLATE CALCIUM 7.5 MG	
	L-METHYLFOLATE FORMULA 15 MG	
	L-METHYLFOLATE FORMULA 7.5 MG	
	L-Methylfolate Forte 15 mg-90.314 mg capsule	
	L-Methylfolate Forte 7.5 mg-90.314 mg capsule	
	Nestabs ONE 38 mg-1 mg-225 mg capsule - MM	
	One A Day Women's Prenatal DHA 28 mg iron-800 mcg oral pack - MM	
	One Daily Prenatal 28 mg iron-800 mcg oral pack - MM	
	One Daily Prenatal 28 mg-800 mcg-440 mg oral pack - MM	
	Perry Prenatal 13.5 mg-0.4 mg capsule - MM	
	Prenatal 28 mg iron-800 mcg tablet - MM	
	Prenatal Complete 14 mg iron-400 mcg tablet - MM	
	Prenatal Multi-DHA (algal oil) 27 mg iron-800 mcg-250 mg capsule - MM	
	PRENATAL TABLET - MM	
	Prenatal Tablet 28 mg iron-800 mcg - MM	
	Prenatal Vitamin tablet - MM	
	Prenatal Vitamins with Minerals 28 mg iron-800 mcg tablet - MM	
	PREQUE 10 TABLET - MM	
	PV FOLIC ACID 400 MCG TABLET - MM	
	PV FOLIC ACID 800 MCG TABLET - MM	
	RA FOLIC ACID 0.4 MG TABLET - MM	
	RA FOLIC ACID 800 MCG TABLET - MM	
	Right Step Prenatal Vitamins 27 mg iron-0.8 mg tablet - MM	
	SM FOLIC ACID 0.4 MG TABLET - MM	
	SM FOLIC ACID 400 MCG TABLET - MM	
	SV FOLIC ACID 800 MCG TABLET - MM	
	Urosex 0.5 mg-75 mg-75 mg-9 mg tablet	
	XaQuil XR 30 mg tablet,extended release	
Smoking Cessation	BUPROBAN 150 MG TABLET	QL May Apply
	BUPROPION HCL SR 150 MG TABLET	QL May Apply
	Chantix 0.5 mg tablet	QL May Apply
	Chantix 1 mg tablet	QL May Apply
	Chantix Continuing Month Box 1 mg tablet	QL May Apply
	Chantix Starting Month Box 0.5 mg (11)-1 mg (42) tablets in dose pack	QL May Apply
	CVS NICOTINE 14 MG/24 HR PATCH	
	CVS NICOTINE 14 MG/24HR PATCH	
	CVS NICOTINE 2 MG CHEWING GUM	
	CVS NICOTINE 2 MG LOZENGE	
	CVS NICOTINE 2 MG MINI LOZENGE	
	CVS NICOTINE 4 MG CHEWING GUM	
	CVS NICOTINE 4 MG LOZENGE	
	CVS NICOTINE 4 MG MINI LOZENGE	
	CVS NICOTINE 7 MG/24HR PATCH	

Categoría	Nombre del medicamento	Requisitos de gestión de uso
	EQ NICOTINE 14 MG/24HR PATCH	
	EQ NICOTINE 2 MG CHEWING GUM	
	EQ NICOTINE 2 MG LOZENGE	
	EQ NICOTINE 21 MG/24HR PATCH	
	EQ NICOTINE 4 MG CHEWING GUM	
	EQ NICOTINE 4 MG LOZENGE	
	EQ NICOTINE 7 MG/24HR PATCH	
	EQL NICOTINE 2 MG CHEWING GUM	
	EQL NICOTINE 2 MG LOZENGE	
	EQL NICOTINE 4 MG CHEWING GUM	
	EQL NICOTINE 4 MG LOZENGE	
	GNP NICOTINE 2 MG CHEWING GUM	
	GNP NICOTINE 2 MG LOZENGE	
	GNP NICOTINE 2 MG MINI LOZENGE	
	GNP NICOTINE 21 MG/24HR PATCH	
	GNP NICOTINE 4 MG CHEWING GUM	
	GNP NICOTINE 4 MG LOZENGE	
	GNP NICOTINE 4 MG MINI LOZENGE	
	HM NICOTINE 14 MG/24HR PATCH	
	HM NICOTINE 2 MG CHEWING GUM	
	HM NICOTINE 2 MG LOZENGE	
	HM NICOTINE 21 MG/24HR PATCH	
	HM NICOTINE 4 MG CHEWING GUM	
	HM NICOTINE 4 MG LOZENGE	
	HM NICOTINE 7 MG/24HR PATCH	
	KRO NICOTINE 14 MG/24HR PATCH	
	KRO NICOTINE 2 MG CHEWING GUM	
	KRO NICOTINE 2 MG LOZENGE	
	KRO NICOTINE 2 MG MINI LOZENGE	
	KRO NICOTINE 21 MG/24HR PATCH	
	KRO NICOTINE 4 MG CHEWING GUM	
	KRO NICOTINE 4 MG LOZENGE	
	KRO NICOTINE 4 MG MINI LOZENGE	
	KRO NICOTINE 7 MG/24HR PATCH	
	LDR NICOTINE 2 MG CHEWING GUM	
	LDR NICOTINE 4 MG CHEWING GUM	
	Nicoderm CQ 14 mg/24 hr daily transdermal patch	
	Nicoderm CQ 21 mg/24 hr daily transdermal patch	
	Nicoderm CQ 7 mg/24 hr daily transdermal patch	
	Nicorelief 2 mg gum	
	Nicorelief 4 mg gum	
	Nicorette 2 mg buccal lozenge	
	Nicorette 2 mg buccal mini lozenge	
	Nicorette 2 mg gum	

Categoría	Nombre del medicamento	Requisitos de gestión de uso
	Nicorette 4 mg buccal lozenge	
	Nicorette 4 mg buccal mini lozenge	
	Nicorette 4 mg gum	
	NICOTINE 14 MG/24 HR PATCH	
	NICOTINE 14 MG/24HR PATCH	
	NICOTINE 2 MG CHEWING GUM	
	NICOTINE 2 MG LOZENGE	
	NICOTINE 2 MG MINI LOZENGE	
	NICOTINE 21 MG/24 HR PATCH	
	NICOTINE 21 MG/24HR PATCH	
	NICOTINE 22 MG/24HR PATCH	
	NICOTINE 4 MG CHEWING GUM	
	NICOTINE 4 MG LOZENGE	
	NICOTINE 4 MG MINI LOZENGE	
	NICOTINE 7 MG/24HR PATCH	
	NICOTINE TRANSDERMAL SYSTEM	
	Nicotrol 10 mg inhalation cartridge	
	Nicotrol NS 10 mg/mL nasal spray	
	NTS Step 1 21 mg/24 hr transdermal 24 hour patch	
	PC NICOTINE 2 MG CHEWING GUM	
	PV NICOTINE 14 MG/24 HR PATCH	
	PV NICOTINE 2 MG CHEWING GUM	
	PV NICOTINE 21 MG/24 HR PATCH	
	PV NICOTINE 4 MG CHEWING GUM	
	PV NICOTINE 7 MG/24 HR PATCH	
	Quit 2 mg buccal lozenge	
	Quit 2 mg gum	
	Quit 4 mg buccal lozenge	
	Quit 4 mg gum	
	RA NICOTINE 14 MG/24HR PATCH	
	RA NICOTINE 2 MG CHEWING GUM	
	RA NICOTINE 2 MG LOZENGE	
	RA NICOTINE 2 MG MINI LOZENGE	
	RA NICOTINE 21 MG/24HR PATCH	
	RA NICOTINE 4 MG CHEWING GUM	
	RA NICOTINE 4 MG LOZENGE	
	RA NICOTINE 4 MG MINI LOZENGE	
	RA NICOTINE 7 MG/24HR PATCH	
	SM NICOTINE 14 MG/24HR PATCH	
	SM NICOTINE 2 MG CHEWING GUM	
	SM NICOTINE 2 MG LOZENGE	
	SM NICOTINE 21 MG/24HR PATCH	
	SM NICOTINE 4 MG CHEWING GUM	
	SM NICOTINE 4 MG LOZENGE	

Categoría	Nombre del medicamento	Requisitos de gestión de uso
Statins	SM NICOTINE 7 MG/24HR PATCH	
	Stop Smoking Aid 2 mg buccal lozenge	
	Stop Smoking Aid 4 mg buccal lozenge	
	SW NICOTINE 2 MG CHEWING GUM	
	SW NICOTINE 2 MG LOZENGE	
	SW NICOTINE 4 MG CHEWING GUM	
	SW NICOTINE 4 MG LOZENGE	
	Zyban 150 mg tablet,extended release	QL May Apply
	ATORVASTATIN 10 MG TABLET - MM	QL May Apply
	ATORVASTATIN 20 MG TABLET - MM	QL May Apply
	ATORVASTATIN 40 MG TABLET - MM	QL May Apply
	ATORVASTATIN 80 MG TABLET - MM	QL May Apply
	LOVASTATIN 10 MG TABLET - MM	QL May Apply
	LOVASTATIN 20 MG TABLET - MM	QL May Apply
	LOVASTATIN 40 MG TABLET - MM	QL May Apply
Vaccines	SIMVASTATIN 10 MG TABLET - MM	QL May Apply
	SIMVASTATIN 20 MG TABLET - MM	QL May Apply
	SIMVASTATIN 40 MG TABLET - MM	QL May Apply
	SIMVASTATIN 5 MG TABLET - MM	QL May Apply
	SIMVASTATIN 80 MG TABLET - MM	QL May Apply
	ActHIB (PF) 10 mcg/0.5 mL intramuscular solution	
	Adacel (Tdap Adolesn/Adult)(PF)2 Lf-(2.5-5-3-5)-5 Lf/0.5 mL IM syringe	
	Adacel (Tdap Adolesn/Adult)(PF)2Lf-(2.5-5-3-5mcg)-5 Lf/0.5 mL IM susp	
	AFLURIA 2016-2017 SYRINGE	
	AFLURIA 2016-2017 VIAL	
	Afluria 2017-2018 (PF) 45 mcg(15 mcg x 3)/0.5 mL intramuscular syringe	
	Afluria 2017-2018 45 mcg (15 mcg x 3)/0.5 mL intramuscular suspension	
	AFLURIA QUAD 2016-2017 SYRINGE	
	AFLURIA QUAD 2016-2017 VIAL	
	Afluria Quad 2017-2018 (PF) 60 mcg/0.5 mL intramuscular syringe	
	Afluria Quad 2017-2018 60 mcg/0.5 mL intramuscular suspension	
	Bexsero 50 mcg-50 mcg-50 mcg-25 mcg/0.5 mL intramuscular syringe	
	Boostrix Tdap 2.5 Lf unit-8 mcg-5 Lf/0.5 mL intramuscular suspension	
	Boostrix Tdap 2.5 Lf unit-8 mcg-5 Lf/0.5 mL intramuscular syringe	
	CERVARIX VACCINE SYRINGE	
	Daptacel (DTaP Pediatric) (PF) 15 Lf unit-10 mcg-5 Lf/0.5 mL IM susp	
	DIPHThERIA-TETANUS TOXOIDS-PED	
	Engerix-B (PF) 20 mcg/mL intramuscular suspension	
	Engerix-B (PF) 20 mcg/mL intramuscular syringe	
	ENGRIX-B 10 MCG/0.5 ML PED VL	
	Engerix-B Pediatric (PF) 10 mcg/0.5 mL intramuscular syringe	
	EZ FLU 16-17 (FLUZON QUAD PED)	
	EZ FLU 2016-17 (AFLURIA) KIT	
	EZ FLU 2016-17 (FLUVIRIN) KIT	

Categoría	Nombre del medicamento	Requisitos de gestión de uso
	FLUAD 2016-2017 SYRINGE	
	Fluad 2017-18 65yr up(PF)45 mcg(15 mcgx3)/0.5 mL intramuscular syringe	
	FLUARIX QUAD 2016-2017 SYRINGE	
	Fluarix Quad 2017-2018 (PF) 60 mcg (15 mcg x 4)/0.5 mL IM syringe	
	FLUBLOK 2016-2017 VIAL	
	Flublok 2017-2018 (PF) 135 mcg (45 mcg x 3)/0.5 mL IM solution	
	Flublok Quad 2017-2018 (PF) 180 mcg (45 mcg x 4)/0.5 mL IM syringe	
	FLUCELVAX QUAD 2016-2017 SYR	
	Flucelvax Quad 2017-2018 (PF) 60 mcg (15 mcg x 4)/0.5 mL IM syringe	
	Flucelvax Quad 2017-2018 60 mcg (15 mcg x 4)/0.5 mL IM suspension	
	FLULAVAL QUAD 2016-2017 SYR	
	Flulaval Quad 2017-2018 (PF) 60 mcg (15 mcg x 4)/0.5 mL IM syringe	
	Flulaval Quad 2017-2018 60 mcg (15 mcg x 4)/0.5 mL IM suspension	
	Flumist Quad 2017-2018 10exp6.5-7.5 FF unit/0.2 mL nasal spray syringe	
	FLUMIST QUAD NASAL 2016-17 VAC	
	FLUVIRIN 2016-2017 SYRINGE	
	FLUVIRIN 2016-2017 VIAL	
	Fluvirin 2017-2018 (PF) 45 mcg(15 mcg x3)/0.5 mL intramuscular syringe	
	Fluvirin 2017-2018 45 mcg (15 mcg x 3)/0.5 mL intramuscular suspension	
	FLUZONE HIGH-DOSE 2016-17 SYR	
	Fluzone High-Dose 2017-2018 (PF) 180 mcg/0.5 mL intramuscular syringe	
	FLUZONE INTRADERM QUAD 2016-17	
	Fluzone Intraderm Quad 2017-2018(PF) 36 mcg/0.1 mL intradermal syringe	
	FLUZONE QUAD 2016-2017 SYRINGE	
	FLUZONE QUAD 2016-2017 VIAL	
	Fluzone Quad 2017-18(PF) 60 mcg(15 mcgx4)/0.5 mL intramuscular syringe	
	Fluzone Quad 2017-2018 (PF) 60 mcg (15 mcg x 4)/0.5 mL IM suspension	
	Fluzone Quad 2017-2018 60 mcg (15 mcg x 4)/0.5 mL IM suspension	
	FLUZONE QUAD PEDI 2016-17 SYR	
	Fluzone Quad Pedi 2017-2018 (PF) 30 mcg(7.5 mcg x4)/0.25 mL IM syringe	
	Gardasil 9 (PF) 0.5 mL intramuscular suspension	QL May Apply
	Gardasil 9 (PF) 0.5 mL intramuscular syringe	QL May Apply
	GARDASIL SYRINGE	QL May Apply
	GARDASIL VIAL	QL May Apply
	Havrix (PF) 1,440 Elisa unit/mL intramuscular suspension	
	Havrix (PF) 1,440 Elisa unit/mL intramuscular syringe	
	Havrix (PF) 720 Elisa unit/0.5 mL intramuscular suspension	
	Havrix (PF) 720 Elisa unit/0.5 mL intramuscular syringe	
	Hiberix (PF) 10 mcg/0.5 mL intramuscular solution	

Categoría	Nombre del medicamento	Requisitos de gestión de uso
	Infanrix (DTaP) (PF) 25 Lf unit-58 mcg-10 Lf/0.5mL intramuscular susp	
	Infanrix (DTaP)(PF) 25 Lf unit-58mcg-10 Lf/0.5mL intramuscular syringe	
	IPOL 40 unit-8 unit-32 unit/0.5 mL suspension for injection	
	Kinrix (PF) 25 Lf-58 mcg-10 Lf/0.5 mL intramuscular suspension	
	Kinrix (PF) 25 Lf-58 mcg-10 Lf/0.5 mL intramuscular syringe	
	Menactra (PF) 4 mcg/0.5 mL intramuscular solution	
	Menhibrix (PF) 5 mcg-2.5 mcg/0.5 mL intramuscular solution	
	MenomuneA/C/Y/W-135 (PF) 50 mcg subcutaneous solution	
	MenomuneA/C/Y/W-135 50 mcg subcutaneous solution	
	Menveo A-C-Y-W-135-Dip (PF) 10 mcg-5 mcg/0.5 mL intramuscular kit	
	Menveo MenA Component (PF) 10 mcg/0.5 mL (final) IM solution	
	Menveo MenCYW-135 Component (PF) 5 mcg x 3/0.5 mL (final) IM solution	
	M-M-R II (PF) 1,000-12,500 TCID50/0.5 mL subcutaneous solution	
	Pediarix (PF) 10 mcg-25 Lf-25 mcg-10 Lf/0.5 mL intramuscular syringe	
	Pedvax HIB (PF) 7.5 mcg/0.5 mL intramuscular solution	
	Pentacel (PF) 15 Lf unit-20 mcg-5 Lf /0.5 mL intramuscular kit	
	Pentacel ActHIB Component (PF) 10 mcg/0.5 mL intramuscular solution	
	Pentacel DTaP-IPV Component (PF) 15 Lf-48 mcg-5 Lf unit/0.5 mL IM susp	
	Pneumovax 23 25 mcg/0.5 mL injection solution	
	Pneumovax 23 25 mcg/0.5 mL injection syringe	
	Prevnar 13 (PF) 0.5 mL intramuscular syringe	
	ProQuad (PF) 10exp3-4.3-3-3.99TCID50/0.5mL subcutaneous suspension	
	Quadracel (PF) 15 Lf-48 mcg-5 Lf unit/0.5 mL intramuscular suspension	
	Recombivax HB (PF) 10 mcg/mL intramuscular suspension	
	Recombivax HB (PF) 10 mcg/mL intramuscular syringe	
	Recombivax HB (PF) 40 mcg/mL intramuscular suspension	
	Recombivax HB (PF) 5 mcg/0.5 mL intramuscular suspension	
	Recombivax HB (PF) 5 mcg/0.5 mL intramuscular syringe	
	Rotarix 10exp6 CCID50/mL suspension	
	RotaTeq Vaccine 2 mL oral solution	
	Tenivac (PF) 5 Lf unit-2 Lf unit/0.5 mL intramuscular suspension	
	Tenivac (PF) 5 Lf unit-2 Lf unit/0.5 mL intramuscular syringe	
	TETANUS DIPHTHERIA TOXOIDS	
	Trumenba 120 mcg/0.5 mL intramuscular syringe	
	Twinrix (PF) 720 Elisa unit-20 mcg/mL intramuscular syringe	
	TWINRIX VACCINE VIAL	
	Vaqa (PF) 25 unit/0.5 mL intramuscular suspension	
	Vaqa (PF) 25 unit/0.5 mL intramuscular syringe	
	Vaqa (PF) 50 unit/mL intramuscular suspension	
	Vaqa (PF) 50 unit/mL intramuscular syringe	
	Varivax (PF) 1,350 unit/0.5 mL subcutaneous suspension	
	Zostavax (PF) 19,400 unit/0.65 mL subcutaneous suspension	QL May Apply

Categoría	Nombre del medicamento	Requisitos de gestión de uso
Vitamin D	Baby Ddrops 400 unit/drop oral	
	Baby Vitamin D3 400 unit/drop oral drops	
	Calcidol 8,000 unit/mL oral drops	
	CALCIFEROL 8,000 UNIT/ML DROPS	
	CVS VIT D3 1,000 UNIT GUMMIES	
	CVS VIT D3 1,000 UNIT TAB CHEW	
	CVS VITAMIN D3 1,000 UNIT SFGL	
	CVS VITAMIN D3 400 UNIT SFTGL	
	CVS VITAMIN D3 400 UNIT/DROP	
	D3 + K2 DOTS 1000 unit-90 mcg disintegrating tablet	
	Ddrops 1,000 unit/drop oral	
	Delta D3 400 unit tablet	
	DRISDOL 8,000 UNITS/ML DROPS	
	D-Vi-Sol 400 unit/mL oral drops	
	D-VITA 400 UNIT/ML DROP	
	EQL VITAMIN D3 1,000 UNIT SFGL	
	EQL VITAMIN D3 400 UNIT SFTGL	
	ERGOCALCIFEROL 8,000 UNITS/ML	
	GNP VIT D3 400 UNIT TAB CHEW	
	GNP VITAMIN D3 1,000 UNIT TAB	
	GNP VITAMIN D3 400 UNIT TABLET	
	Just D 400 unit/mL oral drops	
	K2 Plus D3 1,000 unit-100 mcg tablet	
	Kids Vitamin D3 400 unit chewable tablet	
	PV VIT D3 1,000 UNIT TAB CHEW	
	PV VIT D3 400 UNIT TAB CHEW	
	PV VITAMIN D3 1,000 UNIT SFTGL	
	PV VITAMIN D3 1,000 UNIT TAB	
	RA VITAMIN D3 1,000 UNIT TAB	
	Roxifol-D 500 unit-1 mg tablet	
	Super Daily D3 1,000 unit/drop oral drops	
	VitaJoy Daily D 1,000 unit chewable tablet	
	VITAMIN D2 400 UNIT TABLET	
	Vitamin D3 1,000 unit capsule	
	Vitamin D3 1,000 unit chewable tablet	
	VITAMIN D3 1,000 UNIT GUMMIES	
	VITAMIN D3 1,000 UNIT SOFTGEL	
	VITAMIN D3 1,000 UNIT TABLET	
	Vitamin D3 400 unit capsule	
	Vitamin D3 400 unit chewable tablet	
	VITAMIN D3 400 UNIT SOFTGEL	
	VITAMIN D3 400 UNIT TAB CHEW	
	Vitamin D3 400 unit tablet	
	VITAMIN D3 400 UNIT/5 ML LIQ	

Categoría	Nombre del medicamento	Requisitos de gestión de uso
	VITAMIN D3 400 UNIT/ML DROP	
	VITAMIN D3 800 UNIT GUMMY	

Los planes de Humana Plans los ofrece Family of Insurance and Health Plan Companies incluyendo a Humana Medical Plan, Inc., Humana Employers Health Plan of Georgia, Inc., Humana Health Plan, Inc., Humana Health Benefit Plan of Louisiana, Inc., Humana Health Plans of Michigan, Inc., Humana Health Plan of Ohio, Inc., Humana Health Plans of Puerto Rico, Inc. No. de licencia 00235-0008, Humana Wisconsin Health Organization Insurance Corporation, o Humana Health Plan of Texas, Inc., una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) o son asegurados por Humana Health Insurance Company of Florida, Inc., Humana Health Plan, Inc., Humana Health Benefit Plan of Louisiana, Inc., Humana Insurance Company, Humana Insurance Company of Kentucky, Emphesys Insurance Company, o Humana Insurance of Puerto Rico, Inc. No. de licencia 00187-0009 o administrados por Humana Insurance Company o Humana Health Plan, Inc.

En Arizona: Ofrecidos por Humana Health Plan, Inc. o asegurados por Emphesys Insurance Company o asegurados o administrados por Humana Insurance Company o Humana Health Plan, Inc.

Consulte el Documento de su plan de beneficios (Certificado de cobertura/seguro o la Descripción resumida del plan) para obtener más información sobre la compañía que ofrece sus beneficios.

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



[Humana.com](https://www.humana.com)

La discriminación es contra la ley

Humana Inc. y sus filiales (“Humana”) cumplen con todas las leyes aplicables de derechos civiles federales y no discriminan por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. Humana no excluye ni trata de manera diferente a nadie 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 número que figura en su tarjeta de identificación o envíe un correo electrónico a accessibility@humana.com; 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 número que figura en su tarjeta de identificación 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>

Servicios de intérpretes en múltiples idiomas

English: ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call the number on your ID card (TTY: 711).

Español (Spanish): ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al número que figura en su tarjeta de identificación (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。請致電會員卡上的電話號碼 (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 điện thoại ghi trên thẻ ID của quý vị (TTY: 711).

한국어 (Korean): 주의 : 한국어를 사용하시는 경우 , 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다 . ID 카드에 적혀 있는 번호로 전화해 주십시오 (TTY: 711).

Tagalog (Tagalog – Filipino): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tawagan ang numero na nasa iyong ID card (TTY: 711).

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Наберите номер, указанный на вашей карточке-удостоверении (телетайп: 711).

Kreyòl Ayisyen (French Creole): ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele nimewo ki sou kat idantite manm ou (TTY: 711).

Français (French): ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le numéro figurant sur votre carte de membre (ATS : 711).

Polski (Polish): UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Proszę zadzwonić pod numer podany na karcie identyfikacyjnej (TTY: 711).

Português (Portuguese): ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para o número presente em seu cartão de identificação (TTY: 711).

Italiano (Italian): ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero che appare sulla tessera identificativa (TTY: 711).

Deutsch (German): ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Wählen Sie die Nummer, die sich auf Ihrer Versicherungskarte befindet (TTY: 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。お手持ちの ID カードに記載されている電話番号までご連絡ください (TTY：711)。

فارسی (Farsi):

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد.
با شماره تلفن روی کارت شناسایی تان تماس بگیرید (TTY: 711).

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 hóló, námbuu ninaaltsoos yézhí, bee nées ho'dółzin bikáá'ígíí bee hólne' (TTY: 711).

العربية (Arabic):

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم الهاتف الموجود على بطاقة الهوية الخاصة بك (رقم هاتف الصم والبكم: 711).