

Humana 2017 Terapia escalonada

Los medicamentos a continuación requerirán terapia escalonada en 2017. Para información sobre el nivel de copago, visite **Humana.com**.

Nombre del medicamento	Nombre del medicamento
AcipHex Sprinkle 10 mg capsule, delayed release sprinkle	Dificid 200 mg tablet
AcipHex Sprinkle 5 mg capsule, delayed release sprinkle	DONEPEZIL HCL 23 MG TABLET
Alocril 2 % eye drops	EPROSARTAN MESYLATE 600 MG TAB
ASPIRIN-DIPYRIDAM ER 25-200 MG	ESOMEPRAZOLE DR 49.3 MG CAP
Atrovent HFA 17 mcg/actuation aerosol inhaler	Forfivo XL 450 mg tablet, extended release
Betimol 0.25 % eye drops	Fosrenol 1,000 mg chewable tablet
Betimol 0.5 % eye drops	Fosrenol 1,000 mg oral powder packet
Brisdelle 7.5 mg capsule	Fosrenol 500 mg chewable tablet
CELECOXIB 100 MG CAPSULE	Fosrenol 750 mg chewable tablet
CELECOXIB 200 MG CAPSULE	Fosrenol 750 mg oral powder packet
CELECOXIB 400 MG CAPSULE	Intermezzo 1.75 mg sublingual tablet
CELECOXIB 50 MG CAPSULE	Intermezzo 3.5 mg sublingual tablet
Clarinet 2.5 mg/5 mL (0.5 mg/mL) syrup	LAMOTRIGINE ODT 100 MG TABLET
Clarinet-D 12 HOUR 2.5 mg-120 mg tablet, extended release	LAMOTRIGINE ODT 200 MG TABLET
CLOBETASOL PROP 0.05% SPRAY	LAMOTRIGINE ODT 25 MG TABLET
CLONIDINE HCL ER 0.1 MG TABLET	LAMOTRIGINE ODT 50 MG TABLET
Colcrys 0.6 mg tablet	Livalo 1 mg tablet
DESLOMATADINE 2.5 MG ODT	Livalo 2 mg tablet
DESLOMATADINE 5 MG ODT	Livalo 4 mg tablet
DESVENLAFAXINE ER 100 MG TAB	Mirvaso 0.33 % topical gel
DESVENLAFAXINE ER 50 MG TAB	Mirvaso 0.33 % topical gel with pump
DESVENLAFAXINE ER 50 MG TABLET	Namzaric 14 mg-10 mg capsule sprinkle, extended release
DEXMETHYLPHENIDATE ER 10 MG CP	Namzaric 21 mg-10 mg capsule sprinkle, extended release
DEXMETHYLPHENIDATE ER 15 MG CP	Namzaric 28 mg-10 mg capsule sprinkle, extended release
DEXMETHYLPHENIDATE ER 20 MG CP	Namzaric 7 mg-10 mg capsule sprinkle, extended release
DEXMETHYLPHENIDATE ER 30 MG CP	OXYMORPHONE HCL ER 10 MG TAB
DEXMETHYLPHENIDATE ER 40 MG CP	OXYMORPHONE HCL ER 15 MG TAB
DEXMETHYLPHENIDATE ER 5 MG CAP	OXYMORPHONE HCL ER 20 MG TAB
DICLOFENAC-MISOPROST 50-0.2 TB	OXYMORPHONE HCL ER 30 MG TAB
DICLOFENAC-MISOPROST 50-200 TB	OXYMORPHONE HCL ER 40 MG TAB
DICLOFENAC-MISOPROST 75-0.2 TB	
DICLOFENAC-MISOPROST 75-200 TB	

Nombre del medicamento
OXYMORPHONE HCL ER 5 MG TABLET
OXYMORPHONE HCL ER 7.5 MG TAB
PIOGLITAZONE-GLIMEPIRIDE 30-2
PIOGLITAZONE-GLIMEPIRIDE 30-4
Prevacid SoluTab 15 mg delayed release,disintegrating tablet
Prevacid SoluTab 30 mg delayed release,disintegrating tablet
Ranexa 1,000 mg tablet,extended release
Ranexa 500 mg tablet,extended release
Relpax 20 mg tablet
Relpax 40 mg tablet
Rozerem 8 mg tablet
Simbrinza 1 %-0.2 % eye drops,suspension
Sprix 15.75 mg/spray nasal spray
Sumavel DosePro 4 mg/0.5 mL subcutaneous needle-free injector
Sumavel DosePro 6 mg/0.5 mL subcutaneous needle-free injector
TELMISARTAN-AMLODIPINE 40-10
TELMISARTAN-AMLODIPINE 40-5 MG
TELMISARTAN-AMLODIPINE 80-10
TELMISARTAN-AMLODIPINE 80-5 MG
TELMISARTAN-HCTZ 40-12.5 MG TB
TELMISARTAN-HCTZ 80-12.5 MG TB
TELMISARTAN-HCTZ 80-25 MG TAB
TOPIRAMATE ER 100 MG CAPSULE
TOPIRAMATE ER 150 MG CAPSULE
TOPIRAMATE ER 200 MG CAPSULE
TOPIRAMATE ER 25 MG CAPSULE
TOPIRAMATE ER 50 MG CAPSULE
TRAMADOL ER 100 MG TABLET

Nombre del medicamento
TRAMADOL ER 200 MG TABLET
TRAMADOL ER 300 MG TABLET
TRAMADOL HCL ER 100 MG CAPSULE
TRAMADOL HCL ER 100 MG TABLET
TRAMADOL HCL ER 150 MG CAPSULE
TRAMADOL HCL ER 200 MG CAPSULE
TRAMADOL HCL ER 200 MG TABLET
TRAMADOL HCL ER 300 MG CAPSULE
TRAMADOL HCL ER 300 MG TABLET
Uloric 40 mg tablet
Uloric 80 mg tablet
Versacloz 50 mg/mL oral suspension
Vytorin 10 mg-10 mg tablet
Vytorin 10 mg-20 mg tablet
Vytorin 10 mg-40 mg tablet
Vytorin 10 mg-80 mg tablet
Xopenex HFA 45 mcg/actuation aerosol inhaler
ZOLMITRIPTAN 2.5 MG ODT
ZOLMITRIPTAN 2.5 MG TABLET
ZOLMITRIPTAN 5 MG ODT
ZOLMITRIPTAN 5 MG TABLET
ZOLPIDEM TART 1.75 MG TAB SL
ZOLPIDEM TART 3.5 MG TABLET SL
ZOLPIDEM TART ER 12.5 MG TAB
ZOLPIDEM TART ER 6.25 MG TAB
Zolpimist 5 mg/spray (0.1 mL) oral spray
Zorvolex 18 mg capsule
Zorvolex 35 mg capsule
Zyflo 600 mg tablet
Zyflo CR 600 mg tablet,extended release
Zyflo CR 600 mg tablet,extended release

Tenga en cuenta que: Ésta es una lista parcial.

Todas las listas están sujetas a cambio. Los beneficios varían según el plan. Esta lista de medicamentos puede no corresponder a todos los planes. Revise su Resumen de beneficios o vaya a **Humana.com** para conocer el beneficio específico de medicamentos recetados, incluidos copagos, limitaciones y exclusiones. Puede también llamar a un representante del Servicio al Cliente de Humana al teléfono que está al dorso de su tarjeta de identificación de Humana.

Vaya a Humana.com para ver una lista de medicamentos actualizada

Visite el sitio Web de Humana para obtener la lista de medicamentos más actualizada. La lista en línea se actualiza regularmente. Puede enterarse mejor sobre el beneficio de medicamentos recetados y los copagos. Se le recomienda a los afiliados que antes de ir a una farmacia acudan a **Humana.com**, a ingresen en MyHumana o hagan clic en “Register Now” para obtener acceso a esta información y mucho más.

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 bien, 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 iyang 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).