

2017

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)

Humana Gold Plus
Integrated H3480-001
(Medicare-Medicaid Plan)

FAVOR LEER CON ATENCIÓN: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS PARA ESTE PLAN. ESTE FORMULARIO FUE ACTUALIZADO EL 22/12/2017 SI TIENE PREGUNTAS, LLAME A HUMANA GOLD PLUS INTEGRATED H3480-001 (MEDICARE-MEDICAID PLAN) AL 1-855-280-4002 (TTY: 711), DE LUNES A VIERNES DE 8 A.M. A 8 P.M., HORA DEL ESTE. LA LLAMADA ES GRATUITA.



Índice:

Introducción 4

Preguntas frecuentes 5

Lista de medicamentos cubiertos 12

Índice de medicamentos 196

Lista de medicamentos por enfermedad 256

Humana Gold Plus Integrated H3480-001 (Medicare-Medicaid Plan) | Lista de medicamentos cubiertos 2017 (formulario)

A continuación se presenta una lista de los medicamentos que los afiliados pueden obtener a través de Humana Gold Plus Integrated, un plan Commonwealth Coordinated Care.

- Humana Gold Plus Integrated H3480-001 (Medicare-Medicaid Plan) es un plan de atención médica que se contrata tanto con Medicare como con el Virginia Department of Medical Assistance Services 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 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**.
- 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 gratis en otros idiomas. Llame al 1-855-280-4002 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita.
- You can get this information for free in other languages. Call 1-855-280-4002 (TTY: 711) Monday - Friday, from 8 a.m. - 8 p.m. Eastern Time. The call is free.
- Puede obtener esta información gratis en otros formatos, como Braille, de letra grande o audio. Llame al 1-855-280-4002 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita.
- Puede hacer un pedido permanente para recibir los materiales, ahora y en el futuro, en otro idioma que no sea inglés o en un formato alternativo. Llame a Atención al cliente al número que está en la parte inferior de la página. La llamada es gratuita.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.

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 12, 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 número que está en la parte inferior de la página.

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 12).

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 número que está en la parte inferior de la página.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. 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 (FDA, por sus siglas en inglés) 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 13. 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.

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 12 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 196.

Para buscar por **enfermedad**, busque la sección denominada “Lista de medicamentos por enfermedad” en la página 256. 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 número que está en la parte inferior de la página 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

 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. 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 o
- el medicamento requiere la aprobación previa de Humana Gold Plus Integrated o
- si está tomando un medicamento que forma parte de una restricción de tratamiento por pasos.

Si vive en un hogar de ancianos u otro centro de atención a largo plazo, puede repetir sus recetas hasta por 98 días. Puede obtener repeticiones del medicamento varias veces durante los 90 días del plan. 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 2017. Es posible que en 2017 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



1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. 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 número que está en la parte inferior de la página.

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 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. 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) (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. 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 (FDA, por sus siglas en inglés).

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 tienen el copago más bajo. Son los medicamentos genéricos. El copago oscila entre \$0 y \$3.30, según sus ingresos.
- Los medicamentos del Nivel 2 tienen un copago medio. Son los medicamentos de marca. El copago oscila entre \$0 y \$8.25, según sus ingresos.
- Los medicamentos del Nivel 3 tienen el copago más alto. Tienen un copago de \$0.
- Los medicamentos del Nivel 4 tienen un copago de \$0.

17. ¿Qué son los niveles de medicamentos?

Los niveles son grupos de medicamentos incluidos en nuestra Lista de medicamentos.

- Los medicamentos de Nivel 1 son medicamentos genéricos
- Los medicamentos de Nivel 2 son medicamentos de marca
- Los medicamentos de Nivel 3 son medicamentos recetados que no pertenecen a Medicare
- Los medicamentos de Nivel 4 son medicamentos de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés)



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.

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 196.

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 número que está en la parte inferior de la página (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. 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.



Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información,** visite **Humana.com**.

AGENTES ANTIINFECTIVOS - Medicamentos utilizados para tratar infecciones

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
abacavir 20 mg/ml solution ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (960 cada 30 días)
abacavir 300 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
abacavir-lamivudine 600-300 mg ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
abacavir-lamivudine-zidov tab ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
ABELCET 5 MG/ML INTRAVENOUS SUSPENSION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D
acyclovir 200 mg capsule; acyclovir 200 mg/5 ml susp; acyclovir 400 mg, 800 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
acyclovir 1,000 mg/20 ml vial; acyclovir sodium 50 mg/ml, 500 mg vial ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	B o D
adefovir dipivoxil 10 mg tab ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
ALBENZA 200 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
ALINIA 100 MG/5 ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (150 cada 30 días)
ALINIA 500 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (40 cada 30 días)
AMBISOME 50 MG INTRAVENOUS SUSPENSION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D
amikacin sulf 500 mg/2 ml vial ^{EC}	hasta \$3.30 (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}	hasta \$3.30 (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}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
amphotericin b 50 mg vial ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	B o D
ampicillin 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml susp; ampicillin 250 mg, 500 mg capsule ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
ampicillin 1 gm vial; ampicillin 1 gram, 10 gram, 125 mg vial; ampicillin 10 gm vial ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
ampicillin-sulbactam 15 gm vl; ampicillin-sulbactam 3 gm vial ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
APTIVUS 100 MG/ML ORAL SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (285 cada 28 días)
APTIVUS 250 MG CAPSULE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (120 cada 30 días)
atovaquone 750 mg/5 ml susp ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
atovaquone-proguanil 250-100; atovaquone-proguanil 62.5-25 ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
ATRIPLA 600 MG-200 MG-300 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
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}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
aztreonam 1 gm vial; aztreonam 2 gm vial ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
bacitracin 50,000 unit vial ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
BARACLUDE 0.05 MG/ML ORAL SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (630 cada 30 días)
BETHKIS 300 MG/4 ML SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (224 cada 28 días)
BICILLIN C-R 1,200,000 UNIT/2 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE; BICILLIN C-R 900,000 UNIT-300K UNIT/2 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
BICILLIN L-A 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
CANCIDAS 50 MG, 70 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
CAPASTAT 1 GRAM SOLUTION FOR INJECTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
caspofungin acetate 50 mg, 70 mg vial ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
CAYSTON 75 MG/ML SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (84 cada 28 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
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}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
cefadroxil 1 gm tablet; cefadroxil 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml susp; cefadroxil 500 mg capsule ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
cefazolin 1 gm vial; cefazolin 1 gram, 10 gram, 500 mg vial; cefazolin 10 gm vial ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
cefazolin 1 g/50 ml-dextrose; cefazolin 2 g/100 ml-dextrose ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
cefdinir 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml susp; cefdinir 300 mg capsule ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
cefepime hcl 1 gm vial; cefepime hcl 1 gram, 2 gram vial ^{EC}	hasta \$3.30 (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}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
cefotetan 1 gm vial; cefotetan 10 gm vial; cefotetan 2 gm vial ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
cefoxitin 1 gm vial; cefoxitin 10 gm vial; cefoxitin 2 gm vial ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
cefoxitin 1 gm piggyback bag; cefoxitin 2 gm piggyback bag ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
cefpodoxime 100 mg, 200 mg tablet; cefpodoxime 100 mg/5 ml, 50 mg/5 ml susp ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
cefprozil 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml susp; cefprozil 250 mg, 500 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
ceftazidime 1 gm vial; ceftazidime 2 gm vial; ceftazidime 6 gm vial ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
ceftazidime 1 gm piggyback; ceftazidime 2 gm piggyback ^{EC}	hasta \$3.30 (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}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
cefuroxime axetil 250 mg, 500 mg tab ^{EC}	hasta \$3.30 (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}	hasta \$3.30 (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}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
chloramphen na succ 1 gm vl ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
chloroquine ph 250 mg, 500 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
ciprofloxacin hcl 100 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg tab ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
ciprofloxacin-d5w 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
clarithromycin 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml sus; clarithromycin 250 mg, 500 mg tablet; clarithromycin er 500 mg tab ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
clindamycin hcl 150 mg, 300 mg, 75 mg capsule ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
clindamycin 300 mg/50 ml, 600 mg/50 ml, 900 mg/50 ml-ns ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
clindamycin-d5w 300 mg/50 ml, 600 mg/50 ml, 900 mg/50 ml ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
clindamycin 75 mg/5 ml soln ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
clindamycin pediatric 75 mg/5 ml oral solution ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
clindamycin ph 900 mg/6 ml vl ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
COARTEM 20 MG-120 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (24 cada 30 días)
colistimethate 150 mg vial ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
COMPLERA 200 MG-25 MG-300 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
CRESEMBA 186 MG CAPSULE; CRESEMBA 372 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP
CRIVAN 200 MG CAPSULE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (450 cada 30 días)
CRIVAN 400 MG CAPSULE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (270 cada 30 días)
CUBICIN 500 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
CUBICIN RF 500 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
cycloserine 250 mg capsule ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
DAKLINZA 30 MG, 60 MG, 90 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (28 cada 28 días)
dapsone 100 mg, 25 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
daptomycin 500 mg vial ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
DARAPRIM 25 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
demeclocycline 150 mg, 300 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
DESCOVY 200 MG-25 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
dicloxacillin 250 mg, 500 mg capsule ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
didanosine dr 125 mg capsule ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 días)
didanosine dr 200 mg capsule ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
didanosine dr 250 mg, 400 mg capsule ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
DIFICID 200 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	TP,LC (20 cada 10 días)
DORIBAX 500 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
doripenem 250 mg, 500 mg vial ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
doxy-100 100 mg intravenous solution ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
doxycycline hyc 100 mg vial; doxycycline hyclate 100 mg tab; doxycycline hyclate 100 mg, 50 mg cap ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
doxycycline 25 mg/5 ml susp; doxycycline mono 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
doxycycline mono 100 mg, 50 mg, 75 mg cap; doxycycline mono 100 mg, 50 mg, 75 mg capsule ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
EDURANT 25 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
EMTRIVA 10 MG/ML ORAL SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (680 cada 28 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
EMTRIVA 200 MG CAPSULE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
entecavir 0.5 mg, 1 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
EPCLUSA 400 MG-100 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (28 cada 28 días)
EPIVIR HBV 25 MG/5 ML (5 MG/ML) ORAL SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
EPZICOM 600 MG-300 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
ERAXIS(WATER DILUENT) 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
ERYTHROCIN 500 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
erythromycin 250 mg, 500 mg filmtab ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
ethambutol hcl 100 mg, 400 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
EVOTAZ 300 MG-150 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
famciclovir 125 mg, 250 mg, 500 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 días)
fluconazole 10 mg/ml, 40 mg/ml susp; fluconazole 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
fluconazole-dext 400 mg/200 ml ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
fluconazole-nacl 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
flucytosine 250 mg, 500 mg capsule ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
fosamprenavir 700 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
foscarnet 24 mg/ml infus bttl ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	B o D
FUZEON 90 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
ganciclovir 500 mg vial ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	B o D

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
gentamicin 80 mg/2 ml vial ^{EC}	hasta \$3.30 (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}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
GENVOYA 150 MG-150 MG-200 MG-10 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
griseofulvin 125 mg/5 ml susp ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
griseofulvin ultra 125 mg, 250 mg tab ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
HARVONI 90 MG-400 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (28 cada 28 días)
hydroxychloroquine 200 mg tab ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
imipenem-cilastatin 250 mg, 500 mg vl ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
INTELENCE 100 MG, 25 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (120 cada 30 días)
INTELENCE 200 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
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}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP
INVANZ 1 GRAM, 1 GRAM INTRAVENOUS SOLUTION; INVANZ 1 GRAM, 1 GRAM SOLUTION FOR INJECTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
INVIRASE 200 MG CAPSULE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (300 cada 30 días)
INVIRASE 500 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (120 cada 30 días)
ISENTRESS 100 MG ORAL POWDER PACKET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (300 cada 30 días)
ISENTRESS 100 MG, 25 MG CHEWABLE TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (180 cada 30 días)
ISENTRESS 400 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (120 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
ISENTRESS HD 600 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
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}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
itraconazole 100 mg capsule ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
ivermectin 3 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
JULUCA 50 MG-25 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
KALETRA 100 MG-25 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (300 cada 30 días)
KALETRA 200 MG-50 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (150 cada 30 días)
KALETRA 400 MG-100 MG/5 ML ORAL SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
KETEK 300 MG, 400 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
ketoconazole 200 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
lamivudine 10 mg/ml oral soln ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (960 cada 30 días)
lamivudine 150 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
lamivudine 300 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
lamivudine hbv 100 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
lamivudine-zidovudine tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
levofloxacin 25 mg/ml solution; levofloxacin 250 mg, 500 mg, 750 mg tablet; levofloxacin 500 mg/20 ml vial ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
levofloxacin 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml-d5w ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
LEXIVA 50 MG/ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (1575 cada 28 días)
LEXIVA 700 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (120 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
lincomycin hcl 600 mg/2 ml vl ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
linezolid 100 mg/5 ml susp; linezolid 600 mg tablet; linezolid 600 mg/300 ml iv sol ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
linezolid-0.9% nacl 600 mg/300 ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
lopinavir-ritonavir 80-20mg/ml ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
mefloquine hcl 250 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
meropenem iv 1 gm vial; meropenem iv 1 gram, 500 mg vial ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
meropenem-0.9% nacl 1 gram/50; meropenem-0.9% nacl 500 mg/50 ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
methenamine hipp 1 gm tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
metronidazole 250 mg, 500 mg tablet; metronidazole 375 mg capsule ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
metronidazole 500 mg/100 ml ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
minocycline 100 mg, 50 mg, 75 mg capsule; minocycline hcl 100 mg, 50 mg, 75 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
nafcillin 1 gm vial; nafcillin 10 gm vial ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
nafcillin 1 gm/ 50 ml inj ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
NEBUPENT 300 MG SOLUTION FOR INHALATION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D
neomycin 500 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
nevirapine 200 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
nevirapine 50 mg/5 ml susp ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (1200 cada 30 días)
nevirapine er 100 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
nevirapine er 400 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
nitrofurantoin 25 mg/5 ml susp ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
nitrofurantoin mcr 100 mg, 50 mg cap ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
nitrofurantoin mono-mcr 100 mg ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
NORVIR 100 MG CAPSULE; NORVIR 100 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (360 cada 30 días)
NORVIR 80 MG/ML ORAL SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (480 cada 30 días)
NOXAFIL 100 MG TABLET, DELAYED RELEASE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP, LC (93 cada 30 días)
NOXAFIL 200 MG/5 ML (40 MG/ML) ORAL SUSPENSION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP, LC (840 cada 28 días)
NOXAFIL 300 MG/16.7 ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP
nystatin 100,000 unit/ml susp; nystatin 500,000 unit oral tab ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
ODEFSEY 200 MG-25 MG-25 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
ofloxacin 300 mg, 400 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
okebo 100 mg, 75 mg capsule ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
oseltamivir 6 mg/ml suspension ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (720 cada 365 días)
oseltamivir phos 30 mg capsule ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (112 cada 365 días)
oseltamivir phos 45 mg, 75 mg capsule ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (56 cada 365 días)
paromomycin 250 mg capsule ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
PASER 4 GRAM GRANULES DELAYED-RELEASE PACKET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
PEGINTRON 120 MCG KIT; PEGINTRON 120 MCG/0.5 ML, 150 MCG/0.5 ML, 50 MCG/0.5 ML, 80 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS KIT; PEGINTRON 150 MCG KIT; PEGINTRON 80 MCG KIT ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP, LC (4 cada 28 días)
PEGINTRON REDIPEN 120 MCG 4PK; PEGINTRON REDIPEN 150 MCG; PEGINTRON REDIPEN 50 MCG; PEGINTRON REDIPEN 80 MCG ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP, LC (4 cada 28 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
penicillin g k 20 million unit, 5 million unit; penicillin gk 20 million unit, 5 million unit ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
penicillin g na 5 million unit ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
penicillin vk 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml soln; penicillin vk 250 mg, 500 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
PENTAM 300 MG SOLUTION FOR INJECTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
pfizerpen-g 20 million unit, 5 million unit solution for injection ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
piperacil-tazobact 13.5 gm vl; piperacil-tazobact 13.5 gram, 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram; piperacil-tazobact 2.25 gm vl; piperacil-tazobact 3.375 gm vl; piperacil-tazobact 4.5 gm vial ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
polymyxin b sulfite vial ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
PREZCOBIX 800 MG-150 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
PREZISTA 100 MG/ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (360 cada 30 días)
PREZISTA 150 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (240 cada 30 días)
PREZISTA 600 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
PREZISTA 75 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (480 cada 30 días)
PREZISTA 800 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
PRIFTIN 150 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
primaquine 26.3 mg tablet ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
PRIMSOL 50 MG/5 ML ORAL SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
pyrazinamide 500 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
quinine sulfate 324 mg capsule ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	AP,LC (42 cada 7 días)
REBETOL 40 MG/ML ORAL SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (1000 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
RELENZA DISKHALER 5 MG/ACTION POWDER FOR INHALATION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (60 cada 180 días)
RESCRIPTOR 100 MG DISPERSIBLE TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (360 cada 30 días)
RESCRIPTOR 200 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (180 cada 30 días)
RETROVIR 10 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
REYATAZ 150 MG, 200 MG CAPSULE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
REYATAZ 300 MG CAPSULE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
REYATAZ 50 MG ORAL POWDER PACKET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
<i>ribasphere 200 mg capsule; ribasphere 200 mg tablet</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (168 cada 28 días)
<i>ribavirin 200 mg capsule; ribavirin 200 mg tablet</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (168 cada 28 días)
<i>ribavirin 6 gm inhalation vial</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	B o D
<i>rifabutin 150 mg capsule</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
RIFAMATE 300 MG-150 MG CAPSULE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
<i>rifampin 150 mg, 300 mg capsule; rifampin iv 600 mg vial</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
RIFATER 50 MG-120 MG-300 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
<i>rimantadine hcl 100 mg tablet</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
SELZENTRY 150 MG, 25 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (240 cada 30 días)
SELZENTRY 20 MG/ML ORAL SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (920 cada 30 días)
SELZENTRY 300 MG, 75 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (120 cada 30 días)
SIRTURO 100 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (68 cada 28 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
SIVEXTRO 200 MG INTRAVENOUS SOLUTION; SIVEXTRO 200 MG TABLET EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (6 cada 28 días)
SOVALDI 400 MG TABLET EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (28 cada 28 días)
stavudine 1 mg/ml solution EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (2400 cada 30 días)
stavudine 15 mg, 20 mg capsule EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
stavudine 30 mg, 40 mg capsule EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
streptomycin sulf 1 gm vial EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
STRIBILD 150 MG-150 MG-200 MG-300 MG TABLET EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
sulfadiazine 500 mg tablet EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
sulfamethoxazole-tmp ds tablet; sulfamethoxazole-tmp inj vial; sulfamethoxazole-tmp ss tablet; sulfamethoxazole-tmp susp EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
sulfasalazine 500 mg, 500 mg tablet; sulfasalazine dr 500 mg, 500 mg tab EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
SUPRAX 400 MG CAPSULE EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
SUSTIVA 200 MG CAPSULE EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (120 cada 30 días)
SUSTIVA 50 MG CAPSULE EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (480 cada 30 días)
SUSTIVA 600 MG TABLET EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
SYLATRON 200 MCG, 300 MCG, 600 MCG SUBCUTANEOUS KIT EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (4 cada 28 días)
SYNAGIS 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP
SYNERCID 500 MG INTRAVENOUS SOLUTION EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
TAMIFLU 30 MG CAPSULE EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (112 cada 365 días)
TAMIFLU 45 MG, 75 MG CAPSULE EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (56 cada 365 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
TAMIFLU 6 MG/ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (720 cada 365 días)
TEFLARO 400 MG, 600 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
<i>terbinafine hcl 250 mg tablet</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (90 cada 365 días)
<i>tetracycline 250 mg, 500 mg capsule</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>tigecycline 50 mg vial</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>tinidazole 250 mg, 500 mg tablet</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
TIVICAY 10 MG, 25 MG, 50 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
TOBI PODHALER 28 MG, 28 MG CAPSULE WITH INHALATION DEVICE; TOBI PODHALER 28 MG, 28 MG CAPSULES FOR INHALATION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (224 cada 28 días)
<i>tobramycin 10 mg/ml, 40 mg/ml vial</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
TRECTOR 250 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
<i>trimethoprim 100 mg tablet</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
TRIUMEQ 600 MG-50 MG-300 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
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}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
TYGACIL 50 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
TYZEKA 600 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
<i>valacyclovir hcl 1 gram, 500 mg tablet</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 días)
<i>valganciclovir 450 mg tablet; valganciclovir hcl 50 mg/ml</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>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</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
VEMLIDY 25 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
VIDEX 2 GRAM PEDIATRIC 10 MG/ML (FINAL CONC.) ORAL SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (1200 cada 30 días)
VIDEX 4 GRAM PEDIATRIC 10 MG/ML (FINAL CONC.) ORAL SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (1200 cada 30 días)
VIRACEPT 250 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (300 cada 30 días)
VIRACEPT 625 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (120 cada 30 días)
VIRAZOLE 6 GRAM SOLUTION FOR INHALATION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D
VIREAD 150 MG, 200 MG, 250 MG, 300 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
VIREAD 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM) ORAL POWDER ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (240 cada 30 días)
VITEKTA 150 MG, 85 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
voriconazole 200 mg vial ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
voriconazole 200 mg, 50 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	AP,LC (120 cada 30 días)
voriconazole 40 mg/ml susp ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	AP,LC (400 cada 30 días)
XIFAXAN 200 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (9 cada 30 días)
XIFAXAN 550 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (84 cada 28 días)
ZERBAXA 1.5 GRAM INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
ZERIT 1 MG/ML ORAL SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (2400 cada 30 días)
ZIAGEN 20 MG/ML ORAL SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (960 cada 30 días)
zidovudine 100 mg capsule ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (180 cada 30 días)
zidovudine 300 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
zidovudine 50 mg/5 ml syrup ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (1680 cada 28 días)



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
ZYVOX 100 MG/5 ML ORAL SUSPENSION; ZYVOX 600 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	

MEDICAMENTOS ANTIHISTAMÍNICOS - Medicamentos utilizados para tratar alergias

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
clemastine fum 2.68 mg tab ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
cyproheptadine 2 mg/5 ml syrup; cyproheptadine 4 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
diphenhydramine 50 mg/ml vial ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
levocetirizine 5 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
promethazine 12.5 mg, 25 mg, 50 mg tablet; promethazine 6.25 mg/5 ml syrp ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
promethegan 12.5 mg, 25 mg, 50 mg rectal suppository ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	

AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS - Medicamentos utilizados para tratar cáncer

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
ABRAXANE 100 MG INTRAVENOUS SUSPENSION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP
adriamycin 10 mg/5 ml, 2 mg/ml, 20 mg/10 ml, 50 mg/25 ml intravenous solution ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	B o D
AFINITOR 10 MG, 2.5 MG, 5 MG, 7.5 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
AFINITOR DISPERZ 2 MG, 3 MG, 5 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP
ALECENSA 150 MG CAPSULE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (240 cada 30 días)
ALIMTA 100 MG, 500 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
ALIQOPA 60 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (3 cada 28 días)
ALKERAN 2 MG TABLET; ALKERAN 50 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D
ALUNBRIG 30 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (180 cada 30 días)
ARRANON 250 MG/50 ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
ARZERRA 1,000 MG/50 ML, 100 MG/5 ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (400 cada 28 días)
AVASTIN 25 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP
<i>azacitidine 100 mg vial</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	AP
BAVENCIO 20 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP
BELEODAQ 500 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP
BENDEKA 25 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP
BESPONSA 0.9 MG(0.25 MG/ML INITIAL CONCENTRATION) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP
<i>bexarotene 75 mg capsule</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	AP,LC (300 cada 30 días)
<i>bicalutamide 50 mg tablet</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
BICNU 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D
<i>bleomycin sulfate 15 unit, 30 unit vial</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	B o D
BOSULIF 100 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
BOSULIF 500 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
<i>busulfan 60 mg/10 ml vial</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	B o D
BUSULFEX 60 MG/10 ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
CABOMETYX 20 MG, 40 MG, 60 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
CALQUENCE 100 MG CAPSULE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
CAPRELSA 100 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
CAPRELSA 300 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
carboplatin 50 mg/5 ml vial ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	B o D
cisplatin 50 mg/50 ml vial ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	B o D
cladribine 10 mg/10 ml vial ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	B o D
clofarabine 20 mg/20 ml vial ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	B o D
CLOLAR 20 MG/20 ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D
COMETRIQ 100 MG/DAY (80 MG X 1-20 MG X 1) CAPSULES ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (56 cada 28 días)
COMETRIQ 140 MG/DAY (80 MG X 1-20 MG X 3) CAPSULES ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (112 cada 28 días)
COMETRIQ 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY) CAPSULES ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (84 cada 28 días)
COSMEGEN 0.5 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D
COTELLIC 20 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (63 cada 28 días)
cyclophosphamide 1 gm vial; cyclophosphamide 1 gram, 2 gram, 500 mg vial; cyclophosphamide 2 gm vial; cyclophosphamide 25 mg, 50 mg capsule ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	B o D
CYRAMZA 10 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (200 cada 28 días)
cytarabine 20 mg/ml vial ^{EC}	hasta \$3.30 (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}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	B o D
dacarbazine 100 mg, 200 mg vial ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	B o D

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
dactinomycin 0.5 mg vial ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
DARZALEX 20 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (400 cada 30 días)
daunorubicin 20 mg/4 ml vial ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	B o D
DAUNOXOME 50 MG (2 MG/ML) VIAL ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D
decitabine 50 mg vial ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	AP
DOCEFREZ 20 MG, 80 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D
docetaxel 160 mg/16 ml vial; docetaxel 160 mg/8 ml vial; docetaxel 20 mg/2 ml vial; docetaxel 20 mg/ml vial; docetaxel 200 mg/10 ml vial; docetaxel 80 mg/4 ml vial; docetaxel 80 mg/8 ml vial ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	B o D
docetaxel 200 mg/20 ml vial ^{EC}	hasta \$8.25 (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}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	B o D
doxorubicin liposome 50mg/25ml ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	AP
DROXIA 200 MG, 300 MG, 400 MG CAPSULE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
EMCYT 140 MG CAPSULE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
EMPLICITI 300 MG, 400 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (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}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	B o D
ERBITUX 100 MG/50 ML, 200 MG/100 ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP
ERIVEDGE 150 MG CAPSULE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (28 cada 28 días)
ERWINAZE 10,000 UNIT SOLUTION FOR INJECTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 28 días)
ETOPOPHOS 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D
etoposide 100 mg/5 ml vial ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	B o D

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
EVOMELA 50 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP
FARYDAK 10 MG, 15 MG, 20 MG CAPSULE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (6 cada 21 días)
FASLODEX 250 MG/5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D,LC (30 cada 30 días)
fludarabine 50 mg, 50 mg/2 ml vial ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	B o D
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 vial; fluorouracil 2,500 mg/50 ml vial; fluorouracil 5,000 mg/100 ml ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	B o D
flutamide 125 mg capsule ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
FOLOTYN 20 MG/ML (1 ML), 40 MG/2 ML (20 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP
GAZYVA 1,000 MG/40 ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 28 días)
gemcitabine 1 gram/26.3 ml vial; gemcitabine 2 gram/52.6 ml vial; gemcitabine 200 mg/5.26 ml vial; 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 ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	B o D
GILOTRIF 20 MG, 30 MG, 40 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
GLEEVEC 100 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (180 cada 30 días)
GLEEVEC 400 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
GLEOSTINE 10 MG, 100 MG, 40 MG, 5 MG CAPSULE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
HALAVEN 1 MG/2 ML (0.5 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP
HERCEPTIN 150 MG, 440 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP
HEXALEN 50 MG CAPSULE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
HYCAMTIN 4 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D
hydroxyurea 500 mg capsule ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. 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}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (21 cada 28 días)
ICLUSIG 15 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
ICLUSIG 45 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
IDAMYCIN PFS 1 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D
idarubicin hcl 20 mg/20 ml vial ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	B o D
IDHIFA 100 MG, 50 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
ifosfamide 1 gm vial; ifosfamide 1 gm/20 ml vial; ifosfamide 3 gm vial; ifosfamide 3 gm/ 60 ml vial ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	B o D
IMBRUVICA 140 MG CAPSULE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
IMFINZI 50 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP
IMLYGIC 10EXP6 (1 MILLION) PFU/ML SUSPENSION FOR INJECTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (4 cada 365 días)
IMLYGIC 10EXP8 (100 MILLION) PFU/ML SUSPENSION FOR INJECTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (8 cada 28 días)
INLYTA 1 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (180 cada 30 días)
INLYTA 5 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
IRESSA 250 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
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}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	B o D
ISTODAX 10 MG/2 ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP
IXEMPRA 15 MG, 45 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP
JAKAFI 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
JEVTANA 10 MG/ML (FIRST DILUTION) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
KADCYLA 100 MG, 160 MG INTRAVENOUS SOLUTION EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP
KEYTRUDA 25 MG/ML, 50 MG INTRAVENOUS SOLUTION; KEYTRUDA 25 MG/ML, 50 MG VIAL EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP
KISQALI 200 MG/DAY (200 MG X 1) TABLET EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (21 cada 28 días)
KISQALI 400 MG/DAY (200 MG X 2) TABLET EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (42 cada 28 días)
KISQALI 600 MG/DAY (200 MG X 3) TABLET EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (63 cada 28 días)
KISQALI FEMARA CO-PACK 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG TABLET EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (49 cada 28 días)
KISQALI FEMARA CO-PACK 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG TABLET EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (70 cada 28 días)
KISQALI FEMARA CO-PACK 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG TABLET EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (91 cada 28 días)
KYPROLIS 30 MG, 60 MG INTRAVENOUS SOLUTION EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP
LARTRUVO 10 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP
LENVIMA 10 MG/DAY (10 MG X 1/DAY) CAPSULE EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
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	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
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	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (90 cada 30 días)
LEUKERAN 2 MG TABLET EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
LONSURF 15 MG-6.14 MG TABLET EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (100 cada 30 días)
LONSURF 20 MG-8.19 MG TABLET EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (80 cada 30 días)
LYNPARZA 100 MG, 150 MG TABLET EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
LYNPARZA 50 MG CAPSULE EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (448 cada 28 días)
LYSODREN 500 MG TABLET EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
MARQIBO 5 MG/31 ML (0.16 MG/ML) (FINAL CONC.) INTRAVENOUS KIT EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP
MATULANE 50 MG CAPSULE EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
MEKINIST 0.5 MG TABLET EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
MEKINIST 2 MG TABLET EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
<i>melfalan 2 mg tablet</i> EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	B o D
<i>melfalan 50 mg vial w-diluent</i> EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	B o D
<i>mercaptopurine 50 mg tablet</i> EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>methotrexate 2.5 mg tablet</i> EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	B o D
<i>methotrexate 50 mg/2 ml vial</i> EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>methotrexate 1 gm vial; methotrexate 50 mg/2 ml vial</i> EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>mitomycin 20 mg, 40 mg, 5 mg vial</i> EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	B o D
<i>mitoxantrone 25 mg/12.5 ml vl</i> EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
MUSTARGEN 10 MG SOLUTION FOR INJECTION EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D
MYLOTARG 4.5 MG (1 MG/ML INITIAL CONCENTRATION) INTRAVENOUS SOLUTION EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP
NERLYNX 40 MG TABLET EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (180 cada 30 días)
NEXAVAR 200 MG TABLET EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
NILANDRON 150 MG TABLET EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
<i>nilutamide 150 mg tablet</i> EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
NINLARO 2.3 MG, 3 MG, 4 MG CAPSULE EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (3 cada 28 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
ODOMZO 200 MG CAPSULE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
ONCASPAR 750 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D
ONIVYDE 4.3 MG/ML INTRAVENOUS DISPERSION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP
OPDIVO 100 MG/10 ML, 40 MG/4 ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (80 cada 28 días)
oxaliplatin 100 mg, 100 mg/20 ml, 50 mg, 50 mg/10 ml (5 mg/ml) vial; oxaliplatin 50 mg/10 ml vial ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	B o D
paclitaxel 100 mg/16.7 ml vial ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	B o D
PERJETA 420 MG/14 ML (30 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP
POMALYST 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG CAPSULE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (21 cada 28 días)
PORTRAZZA 800 MG/50 ML (16 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (100 cada 21 días)
PROLEUKIN 22 MILLION UNIT INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
PURIXAN 20 MG/ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (300 cada 30 días)
REVLIMID 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG CAPSULE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (28 cada 28 días)
RHEUMATREX 2.5 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D
RITUXAN 10 MG/ML CONCENTRATE,INTRAVENOUS ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP
RITUXAN HYCELA 1,400 MG/11.7 ML (120 MG/ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (46.8 cada 28 días)
RITUXAN HYCELA 1,600 MG/13.4 ML (120 MG/ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (13.4 cada 28 días)
RUBRACA 200 MG, 250 MG, 300 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
RYDAPT 25 MG CAPSULE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (224 cada 28 días)
SPRYCEL 100 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
SPRYCEL 140 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
SPRYCEL 20 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (90 cada 30 días)
STIVARGA 40 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (84 cada 28 días)
SUTENT 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG, 50 MG CAPSULE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (28 cada 28 días)
SYLVANT 100 MG, 400 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP
SYNRIBO 3.5 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (28 cada 28 días)
TABLOID 40 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
TAFINLAR 50 MG CAPSULE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (180 cada 30 días)
TAFINLAR 75 MG CAPSULE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
TAGRISSO 40 MG, 80 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
TARCEVA 100 MG, 150 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
TARCEVA 25 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (90 cada 30 días)
TARGRETIN 75 MG CAPSULE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (300 cada 30 días)
TASIGNA 150 MG, 200 MG CAPSULE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
TAXOTERE 80 MG/4 ML (20 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D
TECENTRIQ 1,200 MG/20 ML (60 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (20 cada 21 días)
TEMODAR 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (27 cada 30 días)
thiotepa 15 mg vial ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	B o D
toposar 20 mg/ml intravenous solution ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	B o D

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
topotecan hcl 4 mg, 4 mg/4 ml (1 mg/ml) vial; topotecan hcl 4 mg/4 ml vial ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	B o D
TORISEL 30 MG/3 ML (10 MG/ML) (FIRST DILUTION) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (8 cada 28 días)
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}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP
tretinoin 10 mg capsule ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
TREXALL 10 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D
TRISENOX 10 MG/10 ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D
TYKERB 250 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (150 cada 30 días)
UNITUXIN 3.5 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (40 cada 30 días)
VECTIBIX 100 MG/5 ML (20 MG/ML), 400 MG/20 ML (20 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP
VELCADE 3.5 MG SOLUTION FOR INJECTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (4 cada 21 días)
VENCLEXTA 10 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (28 cada 28 días)
VENCLEXTA 100 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
VENCLEXTA 50 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (14 cada 28 días)
VENCLEXTA STARTING PACK 10 MG-50 MG-100 MG TABLETS IN A DOSE PACK ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (42 cada 28 días)
VERZENIO 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
vinblastine 1 mg/ml vial ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	B o D
vincasar pfs 1 mg/ml, 2 mg/2 ml intravenous solution ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	B o D
vincristine 1 mg/ml, 2 mg/2 ml vial ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	B o D
vinorelbine 10 mg/ml, 50 mg/5 ml vial ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	B o D

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
VOTRIENT 200 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
VYXEOS 44 MG-100 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP
XALKORI 200 MG, 250 MG CAPSULE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
XATMEP 2.5 MG/ML ORAL SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 28 días)
XTANDI 40 MG CAPSULE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
YERVOY 200 MG/40 ML (5 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (280 cada 21 días)
YERVOY 50 MG/10 ML (5 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (250 cada 21 días)
YONDELIS 1 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP
ZALTRAP 100 MG/4 ML (25 MG/ML), 200 MG/8 ML (25 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (40 cada 28 días)
ZANOSAR 1 GRAM INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D
ZEJULA 100 MG CAPSULE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (90 cada 30 días)
ZELBORAF 240 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (240 cada 30 días)
ZOLINZA 100 MG CAPSULE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
ZYDELIG 100 MG, 150 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
ZYKADIA 150 MG CAPSULE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (150 cada 30 días)
ZYTIGA 250 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
ZYTIGA 500 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



ANTITOXINAS, GLOB IMMUNO, TOXOIDES, VACUNAS - Medicamentos utilizados para ayudar a evitar enfermedades

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
ACTHIB (PF) 10 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
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 ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
BCG VACCINE (TICE STRAIN) VIAL ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
BEXSERO 50 MCG-50 MCG-50 MCG-25 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
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 ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) 15 LF UNIT-10 MCG-5 LF/0.5 ML IM SUSP ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
ENGRIX-B (PF) 20 MCG/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION; ENGERIX-B (PF) 20 MCG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D
ENGRIX-B 10 MCG/0.5 ML PED VL; ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) 10 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D
GAMUNEX-C 1 GRAM/10 ML (10 %), 10 GRAM/100 ML (10 %), 2.5 GRAM/25 ML (10 %), 20 GRAM/200 ML (10 %), 40 GRAM/400 ML (10 %), 5 GRAM/50 ML (10 %) INJECTION SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP
GARDASIL SYRINGE; GARDASIL VIAL ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (1.5 cada 365 días)
GARDASIL 9 (PF) 0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION; GARDASIL 9 (PF) 0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (1.5 cada 365 días)
HAVRIX (PF) 1,440 ELISA UNIT/ML, 720 ELISA UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION; HAVRIX (PF) 1,440 ELISA UNIT/ML, 720 ELISA UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
HIBERIX (PF) 10 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
HYPERRAB S/D (PF) 150 UNIT/ML INTRAMUSCULAR SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D
IMOGAM RABIES-HT (PF) 150 UNIT/ML INTRAMUSCULAR SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) 2.5 UNIT INTRAMUSCULAR SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
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 EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
IPOLE 40 UNIT-8 UNIT-32 UNIT/0.5 ML SUSPENSION FOR INJECTION EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
IXIARO (PF) 6 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
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 EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
M-M-R II (PF) 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
MENACTRA (PF) 4 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
MENHIBRIX (PF) 5 MCG-2.5 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
MENOMUNE-A-C-Y-W-135 W-DILUENT EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
MENOMUNE-A-C-Y-W-135 W-DILUENT EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 10 MCG-5 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR KIT EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
PEDIARIX (PF) 10 MCG-25 LF-25 MCG-10 LF/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
PEDVAX HIB (PF) 7.5 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
PENTACEL (PF) 15 LF UNIT-20 MCG-5 LF /0.5 ML INTRAMUSCULAR KIT EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
PRIVIGEN 10 % INTRAVENOUS SOLUTION EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D
PROQUAD (PF) 10EXP3-4.3-3-3.99TCID50/0.5ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
QUADRACEL (PF) 15 LF-48 MCG-5 LF UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
RABAVERT (PF) 2.5 UNIT INTRAMUSCULAR SUSPENSION EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D
RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION; RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D
ROTARIX 10EXP6 CCID50/ML SUSPENSION EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
ROTATEQ VACCINE 2 ML ORAL SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
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 ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
<i>diphtheria-tetanus toxoids-ped</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>tetanus diphtheria toxoids</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
TRUMENBA 120 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
TWINRIX (PF) 720 ELISA UNIT-20 MCG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE; TWINRIX VACCINE VIAL ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
TYPHIM VI 25 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION; TYPHIM VI 25 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
VAQTA (PF) 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION; VAQTA (PF) 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
VARIVAX (PF) 1,350 UNIT/0.5 ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
VARIZIG 125 UNIT INTRAMUSCULAR POWDER FOR SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (10 cada 30 días)
VARIZIG 125 UNIT/1.2 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (12 cada 30 días)
WINRHO SDF 1,500 UNIT/1.3 ML, 15,000 UNIT/13 ML, 2,500 UNIT/2.2 ML, 5,000 UNIT/4.4 ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D
YF-VAX (PF) 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
ZOSTAVAX (PF) 19,400 UNIT/0.65 ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (1 cada 365 días)



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).

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}	hasta \$3.30 (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}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
alfuzosin hcl er 10 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
ATROVENT HFA 17 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (25.8 cada 30 días)
baclofen 10 mg, 20 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
bethanechol 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
BROVANA 15 MCG/2 ML SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
carisoprodol 350 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
CHANTIX 0.5 MG, 1 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (56 cada 28 días)
CHANTIX CONTINUING MONTH BOX 1 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (56 cada 28 días)
CHANTIX STARTING MONTH BOX 0.5 MG (11)-1 MG (42) TABLETS IN DOSE PACK ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (56 cada 28 días)
cyclobenzaprine 10 mg, 5 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
dantrolene sodium 100 mg, 25 mg, 50 mg cap ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
dicyclomine 10 mg capsule; dicyclomine 10 mg/5 ml soln; dicyclomine 20 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
dihydroergotamine 1 mg/ml amp ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
donepezil hcl 10 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
donepezil hcl 10 mg, 5 mg, 5 mg tablet; donepezil hcl odt 10 mg, 5 mg, 5 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
EPINEPHRINE 0.15 MG AUTO-INJECT ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
epinephrine 0.3 mg auto-inject ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
EPIPEN 0.3 MG/0.3 ML INJECTION, AUTO-INJECTOR ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
EPIPEN 2-PAK 0.3 MG/0.3 ML INJECTION, AUTO-INJECTOR ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
EPIPEN JR 0.15 MG/0.3 ML INJECTION,AUTO-INJECTOR ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
EPIPEN JR 2-PAK 0.15 MG/0.3 ML INJECTION,AUTO-INJECTOR ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
ERGOMAR 2 MG SUBLINGUAL TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
EXELON PATCH 13.3 MG/24 HOUR, 4.6 MG/24 HR, 9.5 MG/24 HR TRANSDERMAL ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
galantamine 4 mg/ml oral soln ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (200 cada 30 días)
galantamine er 16 mg, 24 mg, 8 mg capsule ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
galantamine hbr 12 mg, 4 mg, 8 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
glycopyrrolate 0.2 mg/ml vial; glycopyrrolate 1 mg, 2 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
guanidine hcl 125 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
ipratropium br 0.02% soln ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	B o D
iprat-albut 0.5-3(2.5) mg/3 ml ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	B o D
metaproterenol 10 mg, 20 mg tablet; metaproterenol 10 mg/5 ml syr ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
metaxalone 400 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
metaxalone 800 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
methocarbamol 500 mg, 750 mg tablet ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
midodrine hcl 10 mg, 2.5 mg, 5 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
NICOTROL NS 10 MG/ML NASAL SPRAY ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
NORTHERA 100 MG, 200 MG CAPSULE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (90 cada 30 días)
NORTHERA 300 MG CAPSULE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (180 cada 30 días)
<i>orphenadrine er 100 mg tablet</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
PERFOROMIST 20 MCG/2 ML SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
<i>pilocarpine hcl 5 mg, 7.5 mg tablet</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>propantheline 15 mg tablet</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>pyridostigmine br 60 mg tablet</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>rivastigmine 1.5 mg, 3 mg capsule</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 días)
<i>rivastigmine 4.5 mg, 6 mg capsule</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
SEREVENT DISKUS 50 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
SPIRIVA RESPIMAT 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION SOLUTION FOR INHALATION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (4 cada 28 días)
SPIRIVA WITH HANDIHALER 18 MCG AND INHALATION CAPSULES ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
STIOLTO RESPIMAT 2.5 MCG-2.5 MCG/ACTUATION SOLUTION FOR INHALATION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (4 cada 28 días)
STRIVERDI RESPIMAT 2.5 MCG/ACTUATION SOLUTION FOR INHALATION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (4 cada 30 días)
<i>tamsulosin hcl 0.4 mg capsule</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
<i>terbutaline sulf 1 mg/ml vial; terbutaline sulfate 2.5 mg, 5 mg tab</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>tizanidine hcl 2 mg, 4 mg tablet</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
VENTOLIN HFA 90 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (36 cada 30 días)

FORMACIÓN, COAGULACIÓN Y TROMBOSIS DE LA SANGRE - Medicamentos utilizados para tratar la coagulación de la sangre

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
AMICAR 1,000 MG, 500 MG TABLET; AMICAR 250 MG/ML (25 %) ORAL SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
<i>anagrelide hcl 0.5 mg, 1 mg capsule</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
BRILINTA 60 MG, 90 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
<i>cilostazol 100 mg, 50 mg tablet</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>clopidogrel 300 mg tablet</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>clopidogrel 75 mg tablet</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
COUMADIN 1 MG, 10 MG, 2 MG, 2.5 MG, 3 MG, 4 MG, 5 MG, 6 MG, 7.5 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
CYKLOKAPRON 1,000 MG/10 ML (100 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP
EFFIENT 10 MG, 5 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
ELIQUIS 2.5 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
ELIQUIS 5 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (74 cada 30 días)
<i>enoxaparin 100 mg/ml, 150 mg/ml syringe</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (28 cada 28 días)
<i>enoxaparin 120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml syr</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (22.4 cada 28 días)
<i>enoxaparin 30 mg/0.3 ml, 60 mg/0.6 ml syr</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (16.8 cada 28 días)
<i>enoxaparin 300 mg/3 ml vial</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (84 cada 28 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
enoxaparin 40 mg/0.4 ml syr ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (11.2 cada 28 días)
EPOGEN 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (14 cada 30 días)
EPOGEN 20,000 UNIT/2 ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (28 cada 30 días)
fondaparinux 10 mg/0.8 ml syr ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (24 cada 30 días)
fondaparinux 2.5 mg/0.5 ml syr ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (15 cada 30 días)
fondaparinux 5 mg/0.4 ml syr ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (12 cada 30 días)
fondaparinux 7.5 mg/0.6 ml syr ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (18 cada 30 días)
FRAGMIN 10,000 ANTI-XA UNIT/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
FRAGMIN 12,500 ANTI-XA UNIT/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (15 cada 30 días)
FRAGMIN 15,000 ANTI-XA UNIT/0.6 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (18 cada 30 días)
FRAGMIN 18,000 ANTI-XA UNIT/0.72 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (21.6 cada 30 días)
FRAGMIN 2,500 ANTI-XA UNIT/0.2 ML, 5,000 ANTI-XA UNIT/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (6 cada 30 días)
FRAGMIN 25,000 ANTI-XA UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (22.8 cada 30 días)
FRAGMIN 7,500 ANTI-XA UNIT/0.3 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (9 cada 30 días)
GRANIX 300 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (7 cada 28 días)
GRANIX 480 MCG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (11.2 cada 28 días)
heparin 40,000 units/4 ml vial; heparin sod 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml vial; heparin sod 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml vial ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
heparin 20,000 unit/500 ml-d5w ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
heparin-1/2ns 25,000 units/500 ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>jantoven 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg tablet</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
LEUKINE 250 MCG SOLUTION FOR INJECTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP
MOZOBIL 24 MG/1.2 ML (20 MG/ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (9.6 cada 30 días)
NEULASTA 6 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE; NEULASTA 6 MG/0.6 ML, 6 MG/0.6ML WITH WEARABLE SUBCUTANEOUS INJECTOR ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (1.2 cada 28 días)
NEUPOGEN 300 MCG/0.5 ML INJECTION SYRINGE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (7 cada 30 días)
NEUPOGEN 300 MCG/ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (14 cada 30 días)
NEUPOGEN 480 MCG/0.8 ML INJECTION SYRINGE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (11.2 cada 30 días)
NEUPOGEN 480 MCG/1.6 ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (22.4 cada 30 días)
<i>pentoxifylline er 400 mg tab</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>prasugrel 10 mg, 5 mg tablet</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
PROCRT 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML, 40,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (14 cada 30 días)
PROCRT 20,000 UNIT/2 ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (28 cada 30 días)
PROMACTA 12.5 MG, 75 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
PROMACTA 25 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
PROMACTA 50 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (90 cada 30 días)
<i>ticlopidine 250 mg tablet</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>tranexamic acid 1,000 mg/10 ml</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	AP
<i>tranexamic acid 650 mg tablet</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (30 cada 5 días)
<i>warfarin sodium 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg tablet</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
XARELTO 10 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (35 cada 60 días)
XARELTO 15 MG (42)-20 MG (9) TABLETS IN A DOSE PACK ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (51 cada 30 días)
XARELTO 15 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
XARELTO 20 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
ZARXIO 300 MCG/0.5 ML INJECTION SYRINGE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (7 cada 30 días)
ZARXIO 480 MCG/0.8 ML INJECTION SYRINGE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (11.2 cada 30 días)
ZONTIVITY 2.08 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)

MEDICAMENTOS CARDIOVASCULARES - Medicamentos utilizados para tratar enfermedades cardíacas

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
acebutolol 200 mg, 400 mg capsule ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
ADCIRCA 20 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
afeditab cr 30 mg, 60 mg tablet, extended release ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
amiodarone 150 mg/3 ml syringe; amiodarone 900 mg/18 ml vial; amiodarone hcl 100 mg, 200 mg, 400 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
amlodipine besylate 10 mg, 2.5 mg, 5 mg tab ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
amlodipine-benazepril 10-20 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg; amlodipine-benazepril 2.5-10 ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
amlodipine-benazepril 10-40 mg, 5-40 mg ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
aspirin-dipyridam er 25-200 mg ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	TP
atenolol 100 mg, 25 mg, 50 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
atenolol-chlorthalidone 100-25; atenolol-chlorthalidone 50-25 ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
atorvastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
benazepril hcl 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
benazepril-hctz 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg tab ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
BIDIL 20 MG-37.5 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (180 cada 30 días)
bisoprolol fumarate 10 mg, 5 mg tab ^{EC}	hasta \$3.30 (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}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
candesartan cilexetil 16 mg, 4 mg, 8 mg tab; candesartan cilexetil 16 mg, 4 mg, 8 mg tb ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
candesartan cilexetil 32 mg tb ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
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}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
captopril 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
captopril-hctz 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
cartia xt 120 mg, 180 mg, 240 mg capsule,extended release ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
cartia xt 300 mg capsule,extended release ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
carvedilol 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
cholestyramine packet; cholestyramine powder ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
cholestyramine light 4 gram, 4 gram oral powder; cholestyramine light 4 gram, 4 gram powder for susp in a packet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
clonidine 0.1 mg/day patch; clonidine 0.2 mg/day patch; clonidine 0.3 mg/day patch ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (4 cada 28 días)
clonidine hcl 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
clonidine hcl er 0.1 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
clorpres 0.1 mg-15 mg tablet; clorpres 0.2 mg-15 mg tablet; clorpres 0.3 mg-15 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
colestipol hcl granules; colestipol hcl granules packet; colestipol micronized 1 gm tab ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
CORLANOR 5 MG, 7.5 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
digitek 125 mcg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
digitek 250 mcg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
digox 125 mcg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
digox 250 mcg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
digoxin 0.05 mg/ml solution; digoxin 250 mcg tablet; digoxin 500 mcg/2 ml ampule ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
digoxin 125 mcg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
dilt-xr 120 mg, 180 mg, 240 mg capsule, extended release ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
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}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
diltiazem 24hr er 120 mg, 120 mg, 180 mg, 180 mg, 240 mg, 240 mg cap; diltiazem er 120 mg, 180 mg, 240 mg capsule ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
diltiazem 24hr er 300 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg cap ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
dipyridamole 25 mg, 50 mg, 75 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
disopyramide 100 mg, 150 mg capsule ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
dofetilide 125 mcg capsule ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (240 cada 30 días)
dofetilide 250 mcg capsule ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
dofetilide 500 mcg capsule ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
doxazosin mesylate 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg tab ^{EC}	hasta \$3.30 (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}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
enalapril-hctz 10-25 mg, 5-12.5 mg tab; enalapril-hctz 10-25 mg, 5-12.5 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
ENTRESTO 24 MG-26 MG TABLET; ENTRESTO 49 MG-51 MG TABLET; ENTRESTO 97 MG-103 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
eplerenone 25 mg, 50 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
ezetimibe 10 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
felodipine er 10 mg, 2.5 mg, 5 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
fenofibrate 160 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
fenofibrate 54 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
fenofibrate 134 mg, 200 mg capsule ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
fenofibrate 67 mg capsule ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
fenofibrate 145 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
fenofibrate 48 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
fenofibric acid dr 135 mg, 45 mg cap ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
flecainide acetate 100 mg, 150 mg, 50 mg tab ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
fosinopril sodium 10 mg, 20 mg, 40 mg tab ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
fosinopril-hctz 10-12.5 mg, 20-12.5 mg tab ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
gemfibrozil 600 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
guanfacine 1 mg, 2 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
hydralazine 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg tablet; hydralazine 20 mg/ml vial EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
irbesartan 150 mg, 300 mg, 75 mg tablet EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
irbesartan-hctz 150-12.5 mg, 300-12.5 mg tb EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
isosorbide dn 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg tablet; isosorbide dn er 40 mg tablet EC	hasta \$3.30 (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	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
isradipine 2.5 mg, 5 mg capsule EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
KYNAMRO 200 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (4 cada 28 días)
labetalol hcl 100 mg, 200 mg, 300 mg tablet; labetalol hcl 100 mg/20 ml vial EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
LANOXIN 125 MCG, 187.5 MCG, 62.5 MCG TABLET EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
LANOXIN 250 MCG TABLET; LANOXIN 250 MCG/ML INJECTION SOLUTION EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
LANOXIN PEDIATRIC 100 MCG/ML INJECTION SOLUTION EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
lisinopril 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg tablet EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
lisinopril-hctz 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg tab EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
losartan potassium 100 mg, 25 mg, 50 mg tab EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
losartan-hctz 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg tab EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
lovastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg tablet EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
methyldopa 250 mg, 500 mg tablet EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
methyldopa-hctz 250-15 mg, 250-25 mg tab EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
metoprolol succ er 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg tab EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
metoprolol-hctz 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg tab ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
metoprolol tart 5 mg/5 ml vial; metoprolol tartrate 100 mg, 25 mg, 50 mg tab ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
metoprolol tartrate 37.5 mg, 75 mg tab; metoprolol tartrate 37.5 mg, 75 mg tb ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
mexiletine 150 mg, 200 mg, 250 mg capsule ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
minoxidil 10 mg, 2.5 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
moexipril hcl 15 mg, 7.5 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (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}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
MULTAQ 400 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
nadolol 20 mg, 40 mg, 80 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
nadolol-bendroflu 40-5 mg, 80-5 mg tab ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
niacor 500 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
nicardipine 20 mg, 30 mg capsule; nicardipine 25 mg/10 ml ampule ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
nifedical xl 30 mg, 60 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
nifedipine er 30 mg, 30 mg, 60 mg, 60 mg, 90 mg, 90 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
nimodipine 30 mg capsule ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
nitroglycerin 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.6 mg/hr patch ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
nitroglycerin 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg tablet sl; nitroglycerin 5 mg/ml vial; nitroglycerin lingual 0.4 mg ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
nitroglycerin 0.4 mg/hr patch ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
NITROSTAT 0.3 MG, 0.4 MG, 0.6 MG SUBLINGUAL TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
omega-3 ethyl esters 1 gm cap ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
PACERONE 100 MG, 400 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
pacerone 200 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
perindopril erbumine 2 mg, 4 mg, 8 mg tab ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
pindolol 10 mg, 5 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
PRALUENT PEN 150 MG/ML, 75 MG/ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (2 cada 28 días)
PRALUENT 150 MG/ML, 75 MG/ML SYRINGE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (2 cada 28 días)
pravastatin sodium 10 mg, 20 mg, 80 mg tab ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
pravastatin sodium 40 mg tab ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
prazosin 1 mg, 2 mg, 5 mg capsule ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
prevalite 4 gram, 4 gram oral powder; prevalite 4 gram, 4 gram powder for susp in a packet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
procainamide 100 mg/ml, 500 mg/ml vial ^{EC}	hasta \$3.30 (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}	hasta \$3.30 (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}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
propranolol-hctz 40-25 mg, 80-25 mg tab ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
quinapril 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
quinapril-hctz 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg tab ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
quinidine gluc 80 mg/ml vial; quinidine gluc er 324 mg tab ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
quinidine sulfate 200 mg, 300 mg tab ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
ramipril 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg capsule ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
RANEXA 1,000 MG, 500 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	TP,LC (120 cada 30 días)
REPATHA PUSHTRONEX 420 MG/3.5 ML SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (3.5 cada 28 días)
REPATHA SURECLICK 140 MG/ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (3 cada 28 días)
REPATHA SYRINGE 140 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (3 cada 28 días)
reserpine 0.1 mg, 0.25 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
REVATIO 10 MG/ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (180 cada 30 días)
rosuvastatin calcium 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg tab ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
sildenafil 20 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	AP,LC (90 cada 30 días)
simvastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 80 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
sorine 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
sotalol 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
sotalol af 120 mg, 160 mg, 80 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
spironolactone-hctz 25-25 tab ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
spironolactone 100 mg, 25 mg, 50 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
taztia xt 120 mg, 180 mg, 240 mg capsule,extended release ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
taztia xt 300 mg, 360 mg capsule,extended release ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
TEKTURNA 150 MG, 300 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
telmisartan 20 mg, 40 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
telmisartan 80 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
telmisartan-amlodipine 40-10; telmisartan-amlodipine 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg; telmisartan-amlodipine 80-10 ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
terazosin 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg capsule ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
TIKOSYN 125 MCG CAPSULE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (240 cada 30 días)
TIKOSYN 250 MCG CAPSULE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (120 cada 30 días)
TIKOSYN 500 MCG CAPSULE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
timolol maleate 10 mg, 20 mg, 5 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
trandolapril 1 mg, 2 mg, 4 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
triklo 1 gram capsule ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
valsartan 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
valsartan-hctz 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg tab ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
VASCEPA 0.5 GRAM CAPSULE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (240 cada 30 días)
VASCEPA 1 GRAM CAPSULE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (120 cada 30 días)
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}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
verapamil 120 mg, 40 mg, 80 mg tablet; verapamil 2.5 mg/ml ampul; verapamil er 120 mg, 180 mg, 240 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
verapamil er pm 100 mg, 300 mg capsule ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
WELCHOL 3.75 GRAM ORAL POWDER PACKET; WELCHOL 625 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
ZETIA 10 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)

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 MAINTENA 300 MG, 400 MG INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED RELEASE; ABILIFY MAINTENA 300 MG, 400 MG SUSPENSION, EXTENDED REL. INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (1 cada 28 días)
acamprosate calc dr 333 mg tab ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
acetamin-codein 300-30 mg/12.5; acetaminop-codeine 120-12 mg/5 ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (2700 cada 30 días)
acetaminophen-cod #2 tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (390 cada 30 días)
acetaminophen-cod #3 tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (360 cada 30 días)
acetaminophen-cod #4 tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (180 cada 30 días)
alprazolam 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
alprazolam 2 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (150 cada 30 días)
amantadine 100 mg capsule; amantadine 100 mg tablet; amantadine 50 mg/5 ml solution ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
amitriptyline hcl 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg tab ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
amoxapine 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
APOKYN 10 MG/ML SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (60 cada 28 días)
APTIOM 200 MG, 400 MG, 800 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP, LC (30 cada 30 días)
APTIOM 600 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP, LC (60 cada 30 días)



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>aripiprazole 1 mg/ml solution</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (750 cada 30 días)
<i>aripiprazole 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg tablet</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
<i>aripiprazole odt 10 mg, 15 mg tablet</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
ARISTADA 1,064 MG/3.9 ML SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (3.9 cada 56 días)
ARISTADA 441 MG/1.6 ML SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (1.6 cada 28 días)
ARISTADA 662 MG/2.4 ML SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (2.4 cada 28 días)
ARISTADA 882 MG/3.2 ML SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (3.2 cada 28 días)
<i>armodafinil 150 mg, 200 mg, 250 mg tablet</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	AP,LC (30 cada 30 días)
<i>armodafinil 50 mg tablet</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	AP,LC (60 cada 30 días)
<i>atomoxetine hcl 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg capsule</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	AP,LC (60 cada 30 días)
<i>atomoxetine hcl 100 mg, 60 mg, 80 mg capsule</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	AP,LC (30 cada 30 días)
AZILECT 0.5 MG, 1 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
BANZEL 200 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (480 cada 30 días)
BANZEL 40 MG/ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (2760 cada 30 días)
BANZEL 400 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (240 cada 30 días)
<i>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</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
BRINTELLIX 10 MG, 20 MG, 5 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	TP,LC (30 cada 30 días)
BRIVIACT 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
BRIVIACT 10 MG/ML ORAL SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (600 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
BRIVIACT 50 MG/5 ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP
bromocriptine 2.5 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
buprenorphine 0.3 mg/ml syring ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	AP,LC (240 cada 30 días)
buprenorphine 2 mg, 8 mg tablet sl ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	AP,LC (90 cada 30 días)
buproban 150 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 días)
bupropion hcl 100 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (180 cada 30 días)
bupropion hcl 75 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
bupropion hcl sr 100 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
bupropion hcl sr 150 mg tablet; bupropion hcl xl 150 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 días)
bupropion hcl sr 200 mg tablet; bupropion hcl xl 300 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
bupropion hcl sr 150 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 días)
buspirone hcl 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
butalbital compound with codeine 30 mg-50 mg-325 mg-40 mg capsule ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (360 cada 30 días)
butalb-caff-acetaminoph-codein ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (360 cada 30 días)
butalbital-acetaminophn 50-325 ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (180 cada 30 días)
butalb-acetamin-caff 50-325-40; butalbit-acetaminophen-caff cp ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (180 cada 30 días)
butalb-aspirin-caffe 50-325-40; butalbital-asa-caffeine cap ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (180 cada 30 días)
BUTISOL 30 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
butorphanol 1 mg/ml vial ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (960 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
butorphanol 10 mg/ml spray ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (5 cada 28 días)
butorphanol 2 mg/ml vial ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (480 cada 30 días)
cabergoline 0.5 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (16 cada 28 días)
capacet 50 mg-325 mg-40 mg capsule ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (180 cada 30 días)
CAPITAL WITH CODEINE 120 MG-12 MG/5 ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (2700 cada 30 días)
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}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
carbidopa-levo 10-100 mg, 10-100 mg, 25-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg, 25-250 mg odt; carbidopa-levo er 25-100 tab; carbidopa-levo er 50-200 tab; carbidopa-levodopa 10-100 tab; carbidopa-levodopa 25-100 tab; carbidopa-levodopa 25-250 tab ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
CELONTIN 300 MG CAPSULE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
chlorpromazine 10 mg, 25 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	B o D
chlorpromazine 100 mg, 200 mg, 50 mg tablet; chlorpromazine 25 mg/ml amp ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
citalopram hbr 10 mg, 40 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
citalopram hbr 10 mg/5 ml soln ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
citalopram hbr 20 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
clomipramine 25 mg, 50 mg, 75 mg capsule ^{EC}	hasta \$3.30 (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}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
clorazepate 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
clozapine 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
clozapine odt 100 mg, 12.5 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	AP
codeine sulfate 15 mg, 30 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (360 cada 30 días)
codeine sulfate 60 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (180 cada 30 días)
CYCLOSET 0.8 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (180 cada 30 días)
desipramine 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
desvenlafaxine suc er 100 mg, 25 mg, 50 mg; desvenlafaxine suc er 100 mg, 25 mg, 50 mg tb ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	TP,LC (30 cada 30 días)
dexmethylphenidate 10 mg, 2.5 mg, 5 mg tab ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
dexmethylphenidate er 10 mg, 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg, 35 mg, 40 mg, 5 mg cap; dexmethylphenidate er 10 mg, 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg, 35 mg, 40 mg, 5 mg cp ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
d-amphetamine er 10 mg capsule; dextroamphetamine 10 mg tab ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (180 cada 30 días)
d-amphetamine er 15 mg capsule ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
d-amphetamine er 5 mg capsule ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
dextroamphetamine 5 mg tab ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (150 cada 30 días)
dextroamp-amphet er 10 mg, 15 mg, 5 mg cap ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
dextroamp-amphet er 20 mg, 25 mg, 30 mg cap; dextroamp-amphetamin 30 mg tab ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
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}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 días)
DIASTAT 2.5 MG RECTAL KIT ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
DIASTAT ACUDIAL 12.5 MG-15 MG-17.5 MG-20 MG RECTAL KIT; DIASTAT ACUDIAL 5 MG-7.5 MG-10 MG RECTAL KIT ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
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}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
diazepam 10 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
diazepam 2 mg, 5 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 días)
diazepam 5 mg/5 ml solution ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (1200 cada 30 días)
diazepam 5 mg/ml oral conc ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (240 cada 30 días)
diazepam intensol 5 mg/ml oral concentrate ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (240 cada 30 días)
diclofenac pot 50 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
diclofenac sod ec 25 mg, 50 mg, 75 mg tab; diclofenac sod er 100 mg tab ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
diflunisal 500 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
DILANTIN 30 MG CAPSULE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
DILANTIN EXTENDED 100 MG CAPSULE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
DILANTIN INFATABS 50 MG CHEWABLE TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
DILANTIN-125 125 MG/5 ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
divalproex dr 125 mg cap sprnk; divalproex sod dr 125 mg, 250 mg, 500 mg tab; divalproex sod er 250 mg, 500 mg tab ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
doxepin 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg capsule; doxepin 10 mg/ml oral conc ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
duloxetine hcl dr 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg cap ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
DURAMORPH (PF) 0.5 MG/ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (7200 cada 30 días)
DURAMORPH (PF) 1 MG/ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (3600 cada 30 días)
EMBEDA 100 MG-4 MG CAPSULE, EXTEND RELEASE, ORAL ONLY; EMBEDA 20 MG-0.8 MG CAPSULE, EXTEND RELEASE, ORAL ONLY; EMBEDA 30 MG-1.2 MG CAPSULE, EXTEND RELEASE, ORAL ONLY; EMBEDA 50 MG-2 MG CAPSULE, EXTEND RELEASE, ORAL ONLY; EMBEDA 60 MG-2.4 MG CAPSULE, EXTEND RELEASE, ORAL ONLY; EMBEDA 80 MG-3.2 MG CAPSULE, EXTEND RELEASE, ORAL ONLY ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
EMSAM 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
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}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (360 cada 30 días)
entacapone 200 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (300 cada 30 días)
epitol 200 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
EQUETRO 100 MG, 200 MG, 300 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
escitalopram 10 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (45 cada 30 días)
escitalopram 20 mg, 5 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
escitalopram oxalate 5 mg/5 ml ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (600 cada 30 días)
eszopiclone 1 mg, 2 mg, 3 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
ethosuximide 250 mg capsule; ethosuximide 250 mg/5 ml soln ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
etodolac 200 mg, 300 mg capsule; etodolac 400 mg, 500 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (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}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
felbamate 400 mg, 600 mg tablet; felbamate 600 mg/5 ml susp ^{EC}	hasta \$3.30 (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}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (20 cada 30 días)
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}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	AP,LC (120 cada 30 días)
fentanyl 100 mcg/2 ml ampul; fentanyl 100 mcg/2 ml syringe ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (720 cada 30 días)
FETZIMA 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
FETZIMA 20 MG (2)-40 MG (26) CAPSULE,EXTENDED RELEASE,24 HR,DOSE PACK ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (28 cada 28 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
fluoxetine 20 mg/5 ml solution; fluoxetine hcl 10 mg, 20 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
fluoxetine dr 90 mg capsule ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (4 cada 28 días)
fluoxetine hcl 10 mg, 40 mg capsule ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
fluoxetine hcl 20 mg capsule ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
fluoxetine hcl 60 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
fluphenazine dec 125 mg/5 ml ^{EC}	hasta \$3.30 (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}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
flurbiprofen 100 mg, 50 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
fluvoxamine er 100 mg, 150 mg capsule ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
fluvoxamine maleate 100 mg, 25 mg, 50 mg tab ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 días)
fosphenytoin 100 mg pe/2 ml, 500 mg pe/10 ml; fosphenytoin 100 mg pe/2 ml, 500 mg pe/10 ml vl ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
FYCOMPA 0.5 MG/ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (680 cada 28 días)
FYCOMPA 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
gabapentin 100 mg, 300 mg, 400 mg capsule ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (270 cada 30 días)
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}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
gabapentin 600 mg, 800 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (180 cada 30 días)
GEODON 20 MG/ML (FINAL CONCENTRATION) INTRAMUSCULAR SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
haloperidol 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
haloperidol dec 100 mg/ml, 50 mg/ml vial; haloperidol decan 100 mg/ml, 50 mg/ml amp ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
haloperidol lac 2 mg/ml conc; haloperidol lac 5 mg/ml vial ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
HETLIOZ 20 MG CAPSULE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
hydrocodone-acetamin 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg; hydrocodone-acetamin 2.5-325; hydrocodone-acetamin 7.5-325 ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (360 cada 30 días)
hydrocodone-acetamin 10-325/15; hydrocodone-acetamin 5-163/7.5 ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (2700 cada 30 días)
hydrocodone-ibuprofen 10-200; hydrocodone-ibuprofen 10-200 mg, 5-200 mg, 7.5-200 mg; hydrocodone-ibuprofen 7.5-200 ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (150 cada 30 días)
hydromorphone 2 mg, 4 mg tablet; hydromorphone 2 mg/ml vial ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (360 cada 30 días)
hydromorphone 8 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (240 cada 30 días)
hydromorphone hcl 1 mg/ml amp ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (720 cada 30 días)
hydromorphone hcl 4 mg/ml amp ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (180 cada 30 días)
hydromorphone hcl 10 mg/ml vl ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (144 cada 30 días)
hydroxyzine 10 mg/5 ml soln; hydroxyzine hcl 10 mg, 25 mg, 50 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
hydroxyzine pam 100 mg, 25 mg, 50 mg cap ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
ibuprofen 100 mg/5 ml susp; ibuprofen 400 mg, 600 mg, 800 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
oxycodone-ibuprofen 5-400 tab ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (240 cada 30 días)
imipramine hcl 10 mg, 25 mg, 50 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
imipramine pamoate 100 mg, 125 mg, 150 mg, 75 mg cap ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
indomethacin 25 mg, 50 mg, 75 mg capsule; indomethacin er 25 mg, 50 mg, 75 mg capsule ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
INFUMORPH P/F 10 MG/ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (360 cada 30 días)
INFUMORPH P/F 25 MG/ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (150 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
INGREZZA 40 MG CAPSULE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
INGREZZA 80 MG CAPSULE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
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}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (1.5 cada 28 días)
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (1 cada 28 días)
INVEGA TRINZA 273 MG/0.875 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (0.87 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 410 MG/1.315 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (1.31 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (1.75 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 819 MG/2.625 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (2.62 cada 90 días)
ketoprofen 50 mg, 75 mg capsule ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
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 (42) -100 mg (7), 25 mg (84) -100 mg (14), 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 (42) -100 mg (7), 25 mg (84) -100 mg (14), 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); lamotrigine tab start kt-green; lamotrigine tab start kt-orang ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
LATUDA 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
LATUDA 80 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
LAZANDA 100 MCG/SPRAY, 300 MCG/SPRAY, 400 MCG/SPRAY NASAL SPRAY ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
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}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
levetiracetam-nacl 1,000mg/100; levetiracetam-nacl 1,500mg/100; levetiracetam-nacl 500 mg/100 ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
levorphanol 2 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (240 cada 30 días)
lithium carbonate 150 mg, 300 mg, 600 mg cap; lithium carbonate 300 mg tab; lithium carbonate er 300 mg, 450 mg tb ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
lithium 8 meq/5 ml solution ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
lorazepam 0.5 mg, 1 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 días)
lorazepam 2 mg tablet; lorazepam 2 mg/ml oral concent ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (150 cada 30 días)
lorazepam intensol 2 mg/ml oral concentrate ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (150 cada 30 días)
loxapine 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg capsule ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
LYRICA 100 MG, 150 MG, 200 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG CAPSULE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (90 cada 30 días)
LYRICA 20 MG/ML ORAL SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (900 cada 30 días)
LYRICA 225 MG, 300 MG CAPSULE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
magnesium sulfate 50% syringe; magnesium sulfate 50% vial ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
magnesium sulf 1 g/100 ml-d5w ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
magnesium sulf 20 g/500 ml bag; magnesium sulf 4 g/50 ml bag ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
maprotiline 25 mg, 50 mg, 75 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
MARPLAN 10 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
meclofenamate 100 mg, 50 mg capsule ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
meloxicam 15 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
meloxicam 7.5 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
meloxicam 7.5 mg/5 ml susp ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (300 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
memantine 5-10 mg titration pk ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	AP,LC (98 cada 30 días)
memantine hcl 10 mg, 5 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	AP,LC (60 cada 30 días)
memantine hcl 2 mg/ml solution ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	AP,LC (360 cada 30 días)
meperidine 100 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (360 cada 30 días)
meperidine 50 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (480 cada 30 días)
meperidine 50 mg/5 ml solution ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (720 cada 30 días)
methadone 10 mg/5 ml solution ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (1800 cada 30 días)
methadone 10 mg/ml oral conc; methadone hcl 10 mg/ml vial ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (360 cada 30 días)
methadone 5 mg/5 ml solution ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (3600 cada 30 días)
methadone hcl 10 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (240 cada 30 días)
methadone hcl 5 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (480 cada 30 días)
METHADOSE 10 MG/ML ORAL CONCENTRATE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (360 cada 30 días)
methylphenidate 10 mg, 20 mg, 5 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 días)
methylphenidate 10 mg/5 ml sol ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (900 cada 30 días)
methylphenidate 5 mg/5 ml soln ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (1800 cada 30 días)
methylphenidate er 10 mg tab ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (180 cada 30 días)
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}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
mirtazapine 7.5 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
modafinil 100 mg, 200 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	AP,LC (60 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
molindone hcl 10 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	AP,LC (240 cada 30 días)
molindone hcl 25 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	AP,LC (270 cada 30 días)
molindone hcl 5 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	AP,LC (360 cada 30 días)
morphine 10 mg/ml carpject; morphine 10 mg/ml isecure syrg; morphine sulfate 10 mg/ml vial ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (360 cada 30 días)
morphine 2 mg/ml carpject; morphine 2 mg/ml isecure syr ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (1800 cada 30 días)
morphine 4 mg/ml carpject; morphine 4 mg/ml isecure syr; morphine sulfate 4 mg/ml vial ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (900 cada 30 días)
morphine 8 mg/ml isecure syrng; morphine 8 mg/ml syringe; morphine sulfate 8 mg/ml vial ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (450 cada 30 días)
morphine sulf 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg suppos; morphine sulf er 100 mg tablet; morphine sulfate ir 15 mg, 30 mg tab ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (180 cada 30 días)
morphine sulf 10 mg/5 ml soln ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (2700 cada 30 días)
morphine sulf 20 mg/5 ml soln ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (1350 cada 30 días)
morphine sulf er 15 mg, 30 mg, 60 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
morphine sulf er 200 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 días)
morphine 0.5 mg/ml vial ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (7200 cada 30 días)
morphine 1 mg/ml vial p-f ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (3600 cada 30 días)
morphine sulf 100 mg/5 ml soln ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (540 cada 30 días)
nabumetone 500 mg, 750 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
nalbuphine 100 mg/10 ml vial ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (240 cada 30 días)
nalbuphine 200 mg/10 ml vial ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
naloxone 0.4 mg/ml vial; naloxone 0.4 mg/ml, 1 mg/ml carpject; naloxone 2 mg/2 ml syringe ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>naltrexone 50 mg tablet</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
NAMENDA XR 14 MG, 21 MG, 28 MG, 7 MG CAPSULE SPRINKLE,EXTENDED RELEASE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
NAMENDA XR 7 MG-14 MG-21 MG-28 MG CAPSULE,SPRINKLE,ER 24HR,DOSE PACK ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (28 cada 28 días)
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}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
NAMZARIC 7/14/21/28 MG-10 MG CAPSULE,SPRINKLE,ER 24HR,DOSE PACK ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (28 cada 28 días)
<i>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</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>naproxen sodium 275 mg, 550 mg tab</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>naratriptan hcl 1 mg, 2.5 mg tablet</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (9 cada 30 días)
NARCAN 2 MG NASAL SPRAY; NARCAN 2 MG/ACTUATION, 4 MG/ACTUATION NASAL SPRAY ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (2 cada 30 días)
<i>nefazodone hcl 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg tablet</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (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}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
<i>nortriptyline 10 mg/5 ml sol; nortriptyline hcl 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg cap</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
NUDEXTA 20 MG-10 MG CAPSULE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
NUPLAZID 17 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
<i>olanzapine 10 mg vial</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>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</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
<i>olanzapine 15 mg, 15 mg, 20 mg, 20 mg tablet; olanzapine odt 15 mg, 15 mg, 20 mg, 20 mg tablet</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
ONFI 10 MG, 20 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
ONFI 2.5 MG/ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (480 cada 30 días)
oxaprozin 600 mg caplet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
oxazepam 10 mg, 15 mg, 30 mg capsule ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
oxcarbazepine 150 mg, 300 mg, 600 mg tablet; oxcarbazepine 300 mg/5 ml susp ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
oxycodon 10 mg/0.5 ml oral syr; oxycodone hcl 100 mg/5 ml soln ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (270 cada 30 días)
oxycodone hcl 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg tablet; oxycodone hcl 5 mg capsule ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (360 cada 30 días)
oxycodone hcl 5 mg/5 ml soln ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (5400 cada 30 días)
oxycodon-acetaminophen 2.5-325; oxycodon-acetaminophen 7.5-325; oxycodone-acetaminophen 10-325; oxycodone-acetaminophen 5-325 ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (360 cada 30 días)
oxycodone-aspirin 4.8355-325 ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (360 cada 30 días)
paliperidone er 1.5 mg, 3 mg, 9 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	AP,LC (30 cada 30 días)
paliperidone er 6 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	AP,LC (60 cada 30 días)
paroxetine hcl 10 mg, 20 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
paroxetine hcl 30 mg, 40 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
PAXIL 10 MG/5 ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
PEGANONE 250 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
pentazocine-naloxone tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (360 cada 30 días)
perphenazine 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (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}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
phenelzine sulfate 15 mg tab ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
phenobarbital 100 mg, 16.2 mg, 32.4 mg, 64.8 mg, 97.2 mg tablet EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 días)
phenobarbital 15 mg, 60 mg tablet EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
phenobarbital 20 mg/5 ml elix EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (1500 cada 30 días)
phenobarbital 30 mg tablet EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (300 cada 30 días)
PHENYTEK 200 MG, 300 MG CAPSULE EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
phenytoin 100 mg/4 ml, 125 mg/5 ml susp; phenytoin 50 mg tablet chew EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
phenytoin 50 mg/ml vial EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
phenytoin sod ext 100 mg, 200 mg, 300 mg cap EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
pimozide 1 mg, 2 mg tablet EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
piroxicam 10 mg, 20 mg capsule EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
POTIGA 200 MG, 300 MG, 400 MG, 50 MG TABLET EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP
pramipexole 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg tablet EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
primidone 250 mg, 50 mg tablet EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
PRISTIQ 100 MG, 25 MG, 50 MG TABLET, EXTENDED RELEASE EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	TP, LC (30 cada 30 días)
protriptyline hcl 10 mg, 5 mg tablet EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
quetiapine fumarate 100 mg, 300 mg, 400 mg tab EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 días)
quetiapine fumarate 200 mg, 25 mg, 50 mg tab EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
rasagiline mesylate 0.5 mg, 1 mg tab EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
REXULTI 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG TABLET EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP, LC (30 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>riluzole 50 mg tablet</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (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}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (2 cada 28 días)
<i>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</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
<i>risperidone 0.5 mg, 0.5 mg odt; risperidone 0.5 mg, 0.5 mg tablet</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
<i>risperidone 1 mg/ml solution</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>rizatriptan 10 mg, 10 mg, 5 mg, 5 mg odt; rizatriptan 10 mg, 10 mg, 5 mg, 5 mg tablet</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (12 cada 30 días)
<i>ropinirole hcl 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg tablet</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>roweepra 1,000 mg, 500 mg, 750 mg tablet</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
SABRIL 500 MG ORAL POWDER PACKET; SABRIL 500 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (180 cada 30 días)
SAPHRIS (BLACK CHERRY) 10 MG, 2.5 MG, 5 MG SUBLINGUAL TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
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}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
<i>selegiline hcl 5 mg capsule; selegiline hcl 5 mg tablet</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>sertraline 20 mg/ml oral conc</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>sertraline hcl 100 mg tablet</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
<i>sertraline hcl 25 mg, 50 mg tablet</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 días)
SPRITAM 1,000 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	TP,LC (90 cada 30 días)
SPRITAM 250 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	TP,LC (360 cada 30 días)
SPRITAM 500 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	TP,LC (180 cada 30 días)
SPRITAM 750 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	TP,LC (120 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
STRATTERA 10 MG, 18 MG, 25 MG, 40 MG CAPSULE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
STRATTERA 100 MG, 60 MG, 80 MG CAPSULE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
SUBOXONE 12 MG-3 MG SUBLINGUAL FILM ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
SUBOXONE 2 MG-0.5 MG SUBLINGUAL FILM; SUBOXONE 4 MG-1 MG SUBLINGUAL FILM; SUBOXONE 8 MG-2 MG SUBLINGUAL FILM ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (90 cada 30 días)
sulindac 150 mg, 200 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
sumatriptan 20 mg nasal spray; sumatriptan 5 mg nasal spray ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (12 cada 30 días)
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}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (6 cada 30 días)
sumatriptan succ 100 mg, 25 mg, 50 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (9 cada 30 días)
SURMONTIL 100 MG, 25 MG, 50 MG CAPSULE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
temazepam 15 mg, 30 mg capsule ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
tetrabenazine 12.5 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	AP,LC (240 cada 30 días)
tetrabenazine 25 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	AP,LC (120 cada 30 días)
thioridazine 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
thiothixene 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg capsule ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
tiagabine hcl 2 mg, 4 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
tolcapone 100 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	AP
topiramate 100 mg, 200 mg, 50 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
topiramate 15 mg, 25 mg sprinkle cap ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
topiramate 25 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
tramadol hcl 50 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (240 cada 30 días)
tramadol-acetaminophn 37.5-325 ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (240 cada 30 días)
tranylcypromine sulf 10 mg tab ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
trazodone 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
trifluoperazine 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
trihexyphenidyl 2 mg, 5 mg tablet; trihexyphenidyl 2 mg/5 ml elx ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
trimipramine maleate 100 mg, 25 mg, 50 mg cap; trimipramine maleate 100 mg, 25 mg, 50 mg cp ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
TRINTELLIX 10 MG, 20 MG, 5 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	TP,LC (30 cada 30 días)
valproate sod 500 mg/5 ml vl ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
valproic acid 250 mg capsule ^{EC}	hasta \$3.30 (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}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
venlafaxine hcl 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
venlafaxine hcl er 150 mg cap ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
venlafaxine hcl er 37.5 mg cap ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
venlafaxine hcl er 75 mg cap ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 días)
VERSACLOZ 50 MG/ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (540 cada 30 días)
vigabatrin 500 mg powder packt ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	AP,LC (180 cada 30 días)
VIIBRYD 10 MG (7)-20 MG (23) TABLETS IN A DOSE PACK; VIIBRYD 10 MG, 10 MG (7)- 20 MG (23), 20 MG, 40 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
VIMPAT 10 MG/ML ORAL SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (1395 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
VIMPAT 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG TABLET; VIMPAT 200 MG/20 ML INTRAVENOUS SOLUTION EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP
VOLTAREN 1 % TOPICAL GEL EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
VRAYLAR 1.5 MG (1)-3 MG (6) CAPSULES IN A DOSE PACK EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP
VRAYLAR 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG CAPSULE EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
XTAMPZA ER 13.5 MG, 18 MG, 27 MG, 36 MG, 9 MG CAPSULE SPRINKLE EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
XYREM 500 MG/ML ORAL SOLUTION EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (540 cada 30 días)
<i>zaleplon 10 mg, 5 mg capsule</i> EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
<i>ziprasidone hcl 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg capsule</i> EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
<i>zolpidem tartrate 10 mg, 5 mg tablet</i> EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
<i>zonisamide 100 mg, 25 mg, 50 mg capsule</i> EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
ZYPREXA RELPREVV 210 MG INTRAMUSCULAR SUSPENSION EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (4 cada 28 días)
ZYPREXA RELPREVV 300 MG INTRAMUSCULAR SUSPENSION EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (2 cada 28 días)
ZYPREXA RELPREVV 405 MG INTRAMUSCULAR SUSPENSION EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (1 cada 28 días)

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	hasta \$3.30 (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	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
ADVOCATE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 33 GAUGE X 5/32" EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
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	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
ASSURE ID INSULIN SAFETY 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
AUTOPEN 1 TO 16 UNITS EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
AUTOPEN 1 TO 21 UNITS SUBCUTANEOUS EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
AUTOPEN 2 TO 32 UNITS EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
AUTOPEN 2 TO 42 UNITS SUBCUTANEOUS EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
BD AUTOSHIELD NEEDLE 5MMX29G; BD AUTOSHIELD NEEDLE 8MMX29G EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
BD ECLIPSE LUER-LOK 1 ML 30 GAUGE X 1/2" SYRINGE EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
BD INSULIN PEN NEEDLE UF MINI 31 GAUGE X 3/16" EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
BD INSULIN PEN NEEDLE UF ORIGINAL 29 GAUGE X 1/2" EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
BD INSULIN PEN NEEDLE UF SHORT 31 GAUGE X 5/16" EC	hasta \$3.30 (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	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
BD INSULIN SYRINGE HALF UNIT 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
BD INSULIN SYR 0.3 ML 28, 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"GX1/2"; BD INSULIN SYR 0.5 ML 28GX1/2"; 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	hasta \$3.30 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
BD INSULIN SYRINGE SAFETY-LOK 1 ML 29 GAUGE X 1/2" EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
BD INSULIN SYRINGE SLIP TIP 1 ML EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
BD INSULIN SYRINGE U-500 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" EC	hasta \$3.30 (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	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
BD INSULIN SYR 1 ML 29GX1/2"; 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	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
BD INTEGRA SYR 1 ML 29GX1/2" EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
BD INSULIN SYR 0.3 ML 28GX1/2"; BD LO-DOSE MICRO-FINE IV 0.3 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
BD INSULIN SYR 0.3 ML 29GX1/2"; BD LO-DOSE ULTRA-FINE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
BD INSULIN SYR 0.5 ML 29GX1/2"; 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	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 5/8" EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLES 32 GAUGE X 5/32" EC	hasta \$3.30 (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	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 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	hasta \$3.30 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
CARETOUCH PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
CLICKFINE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 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 5/16", 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	hasta \$3.30 (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	hasta \$3.30 (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	hasta \$3.30 (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	hasta \$3.30 (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	hasta \$3.30 (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	hasta \$3.30 (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	hasta \$3.30 (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	hasta \$3.30 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.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	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN 1 ML SYRINGE EC	hasta \$3.30 (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	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
EASY TOUCH UNI-SLIP 1 ML SYRINGE EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
EXEL INSULIN 0.3 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 SYRINGE; EXEL INSULIN 0.3 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" SYRINGE EC	hasta \$3.30 (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	hasta \$3.30 (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	hasta \$3.30 (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	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
INSULIN SYR 0.3ML 31GX1/4(1/2) EC	hasta \$3.30 (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	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
BD INSULIN U100-3/10 ML SYR; 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	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
BD LUER-LOK SYRINGE 1 ML EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
BD INSULIN SYR 0.5 ML 29GX1/2" EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
BD INSULIN SYR 1 ML 25GX5/8"; 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 0.3 ML 31GX1/4; INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31GX1/4; INSULIN SYRINGE 1 ML 30GX1/2"; INSULIN SYRINGE 1 ML 31GX1/4"; INSULIN SYRINGE 1 ML 31GX5/16"; KMART VALU PLUS SYR 1/2 ML; 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 0.3 ML 31GX6MM; RELION INS SYR 0.5 ML 31GX6MM; RELION INS SYR 1 ML 29GX1/2"; RELION INS SYR 1 ML 30GX5/16"; RELION INS SYR 1 ML 31GX15/64"; RELION SYR 0.5 ML 30GX5/16"; TERUMO INS SYRINGE U100-1 ML; ULTICARE INS SYR 1 ML 28GX1/2"; ULTICARE SYR 0.5 ML 29GX1/2"; ULTICARE SYRIN 0.5 ML 28GX1/2" EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
INSULIN SYRINGE U100 1 ML EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
INSUPEN 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 1/4", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" NEEDLE EC	hasta \$3.30 (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	hasta \$3.30 (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 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; 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 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"; LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 1/2 ML 29 EC	hasta \$3.30 (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	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
MAGELLAN SYRINGE 0.3 ML 30 X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
MINI ULTRA-THIN II 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE EC	hasta \$3.30 (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	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
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	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
MONOJECT SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
MONOJECT ULTRA COMFORT INSULIN 1/2 ML 28 GAUGE SYRINGE EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
NOVOFINE 30 30 GAUGE X 1/3" NEEDLE EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
NOVOFINE 32 32 GAUGE X 1/4" NEEDLE EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
NOVOFINE AUTOCOVER 30 GAUGE X 1/3" NEEDLE EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
NOVOFINE PLUS 32 GAUGE X 1/6" NEEDLE EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
NOVOPEN ECHO SUBCUTANEOUS EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
NOVOTWIST 30 GAUGE X 1/3", 32 GAUGE X 1/5" NEEDLE; NOVOTWIST NEEDLE 30G 8MM EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
PEN NEEDLE 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	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/3"; COMFORT POINT PEN NDL 31GX1/6"; 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 3/16"; PEN NEEDLE 32G X 5/32"; PEN NEEDLES 6MM 31G EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
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	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
PRO COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16" EC	hasta \$3.30 (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	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
RELION NEEDLES 31 GAUGE X 1/4" EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
RELION PEN NEEDLES 32 GAUGE X 5/32" EC	hasta \$3.30 (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	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE U-100 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
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	hasta \$3.30 (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	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
SURE-FINE PEN NEEDLES 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
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	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
TECHLITE 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 5/16", 32 GAUGE X 5/32" EC	hasta \$3.30 (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	hasta \$3.30 (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	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
TOPCARE CLICKFINE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
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	hasta \$3.30 (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	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
TRUEPLUS 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	hasta \$3.30 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
ULTICARE 0.3 ML 29 X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 X5/16 ", 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 X5/16 ", 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 SYR 0.3 ML 29GX1/2"; ULTICARE SYR 0.3 ML 30GX5/16"; ULTICARE SYR 0.5 ML 29GX1/2"; ULTICARE SYR 0.5 ML 30GX5/16"; ULTICARE SYR 1 ML 30GX5/16"; ULTICARE SYRINGE 1 ML 29GX1/2" EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
ULTICARE INSULIN SYRINGE HALF UNIT 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" EC	hasta \$3.30 (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	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
ULTICARE 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	hasta \$3.30 (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	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
ULTILET PEN NEEDLE 29 GAUGE, 32 GAUGE X 5/32" EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
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	hasta \$3.30 (Nivel 1)	



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
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	hasta \$3.30 (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	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
ULTRA-THIN II (SHORT) PEN NDL 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
ULTRA-THIN II INSULIN PEN NEEDLES 29 GAUGE X 1/2" EC	hasta \$3.30 (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	hasta \$3.30 (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	hasta \$3.30 (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	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
VANISHPOINT SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE X 1/2" EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	

AGENTES DE DIAGNÓSTICO

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
ACTHAR H.P. 80 UNIT/ML INJECTION GEL EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).

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
<i>amiloride hcl 5 mg tablet</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>amiloride hcl-hctz 5-50 mg tab</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
AMINOSYN 10 % INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D
AMINOSYN 8.5 % INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D
AMINOSYN 8.5 % WITH ELECTROLYTES INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D
AMINOSYN II 10 % INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D
AMINOSYN II 15 % INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D
AMINOSYN II 7 % INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D
AMINOSYN II 8.5 % INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D
AMINOSYN II 8.5 % WITH ELECTROLYTES INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D
AMINOSYN M 3.5 % INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D
AMINOSYN-HBC 7% INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D
AMINOSYN-PF 10 % INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D
AMINOSYN-PF 7 % (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D
<i>bumetanide 0.25 mg/ml vial; bumetanide 0.5 mg, 1 mg, 2 mg tablet</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>calcium acetate 667 mg gelcap; calcium acetate 667 mg tablet</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
CARBAGLU 200 MG DISPERSIBLE TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP
<i>chlorothiazide 250 mg, 500 mg tablet</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>chlorothiazide sod 500 mg vial</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>chlorthalidone 25 mg, 50 mg tablet</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
CLINIMIX 5 % IN 15 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D
CLINIMIX 5 % IN 25 % DEXTROSE SULFITE-FREE INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D
CLINIMIX 2.75 % IN 5 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D
CLINIMIX 4.25 % IN 20 % DEXTROSE (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D
CLINIMIX 4.25 % IN 25 % DEXTROSE (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D
CLINIMIX 4.25 % IN 10 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D
CLINIMIX 4.25 % IN 5 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D
CLINIMIX 5 % IN 20 % DEXTROSE (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D
CLINIMIX E 2.75 % IN 10 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D
CLINIMIX E 2.75 % IN 5 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D
CLINIMIX E 4.25 % IN 25 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D
CLINIMIX E 4.25 % IN 5 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D
CLINIMIX E 5 % IN 15 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D
CLINIMIX E 5 % IN 20 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D
CLINIMIX E 5 % IN 25 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D
<i>constulose 10 gram/15 ml oral solution</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>dextrose 10%-0.45% nacl iv sol</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
dextrose 2.5%-0.45% nacl iv ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
dextrose 5%-0.9% nacl iv soln ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
dextrose 5%-0.45% nacl iv soln ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
dextrose 10%-0.2% nacl iv soln ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
dextrose 10%-water iv solution ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
dextrose 5%-water iv soln; dextrose 5%-water iv soln ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
dextrose 5%-0.2% nacl iv soln ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
dextrose 5%-0.3% nacl iv soln ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
DIURIL 250 MG/5 ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
dextrose 5%-electrolyte 48 ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
enulose 10 gram/15 ml oral solution ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
ethacrynate sodium 50 mg vial ^{EC}	hasta \$3.30 (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}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
generlac 10 gram/15 ml oral solution ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
HEPATAMINE 8% INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (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}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
indapamide 1.25 mg, 2.5 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
INTRALIPID 20 %, 30 % INTRAVENOUS EMULSION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D
IONOSOL-B IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
IONOSOL-MB IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
ISOLYTE-S INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
KABIVEN 3.31 %-9.8 %-3.9 % INTRAVENOUS EMULSION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D
<i>kionex oral powder</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>kionex (with sorbitol) 15 gram-19.3 gram/60 ml oral suspension</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
KLOR-CON 10 MEQ TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
KLOR-CON 8 MEQ TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
<i>klor-con m10 meq tablet,extended release</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
KLOR-CON M15 MEQ TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>klor-con m20 meq tablet,extended release</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>klor-con sprinkle 10 meq, 8 meq capsule,extended release</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>lactated ringers injection; lactated ringers irrigation</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>lactulose 10 gm/15 ml solution; lactulose 20 gm/30 ml solution</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
LITHOSTAT 250 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
<i>methyclothiazide 5 mg tablet</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>metolazone 10 mg, 2.5 mg, 5 mg tablet</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
NEPHRAMINE 5.4 % INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D
NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
NORMOSOL-R INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
NORMOSOL-R IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
NORMOSOL-R PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
NUTRILIPID 20 % INTRAVENOUS EMULSION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D
PERIKABIVEN 2.36 %-6.8 %-3.5 % INTRAVENOUS EMULSION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D
PHOSLYRA 667 MG (169 MG CALCIUM)/5 ML ORAL SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
PHYSIOLYTE 140 MEQ-5 MEQ-3 MEQ-98 MEQ/L IRRIGATION SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
PHYSIOSOL IRRIGATION 140 MEQ-5 MEQ-3 MEQ-98 MEQ/L SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
PLASMA-LYTE 148 INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
PLASMA-LYTE-56 IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
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 ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
potassium cl 10 meq/100 ml, 10 meq/50 ml, 20 meq/50 ml, 30 meq/100 ml sol; potassium cl 10% (20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml; potassium cl 20 meq/10 ml conc; potassium cl 20% (20 meq/15 ml, 40 meq/15 ml; 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}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
kcl 20 meq-ns 1,000 ml iv soln; kcl 40 meq-ns 1,000 ml iv soln ^{EC}	hasta \$3.30 (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}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
kcl 20 meq in d5w-lact ringer; kcl 40 meq in d5w-lact ringer ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
potassium cl 20 meq-0.45% nacl ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
d5%-1/4ns-kcl 20 meq/l, 40 meq/l iv sol; kcl 20 meq in d5w-0.225% nacl ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>kcl 20 meq in d5w-0.3% nacl</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>kcl 20 meq in d5w-ns; kcl 40 meq in d5w-nacl 0.9%</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>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</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
PREMASOL 10 % INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D
PREMASOL 6 % INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D
<i>probenecid 500 mg tablet</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>probenecid-colchicine tabs</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
PROCALAMINE 3% INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D
REVELA 0.8 GRAM ORAL POWDER PACKET; REVELA 800 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (540 cada 30 días)
REVELA 2.4 GRAM ORAL POWDER PACKET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (180 cada 30 días)
<i>ringer's iv solution; ringers irrigation solution</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
SAMSCA 15 MG, 30 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
SMOFLIPID 20 % INTRAVENOUS EMULSION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D
<i>sodium bicarb 7.5% abboject; sodium bicarb 8.4% abboject</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>sodium chloride 0.9% irrig.; sodium chloride 100 meq/40 ml</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>saline 0.45% soln-excel con; sodium chloride 0.45% soln</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>sodium chloride 0.9% solution; sodium chloride 0.9% solution; sodium chloride 0.9% vial</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>sodium chloride 3% iv soln</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>sodium chloride 5% iv soln</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
SODIUM EDECRIN 50 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
sodium lactate 5 meq/ml vial ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
sodium phenylbutyrate powder ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
sodium polystyrene sulfonate (sorbitol free) 15 gram/60 ml oral susp ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
sps 15 gm/60 ml suspension ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
SPS (WITH SORBITOL) 15 GRAM-20 GRAM/60 ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
torsemide 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
TPN ELECTROLYTES 35 MEQ-20 MEQ-5 MEQ/20 ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
TRAVASOL 10 % INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (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}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
TROPHAMINE 10 % INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D
TROPHAMINE 6% INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D
VELTASSA 16.8 GRAM, 25.2 GRAM, 8.4 GRAM ORAL POWDER PACKET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
sterile water for irrigation ^{EC}	hasta \$3.30 (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}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
CEREZYME 400 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
ELELYSO 200 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (70 cada 30 días)
ELITEK 1.5 MG, 7.5 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP
FABRAZYME 35 MG, 5 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP
LUMIZYME 50 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP
NAGLAZYME 5 MG/5 ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP
STRENSIQ 100 MG/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (38.4 cada 30 días)
STRENSIQ 40 MG/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP
SUCRAID 8,500 UNIT/ML ORAL SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
VPRIV 400 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP

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
acetazol hc ear drops ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
acetazolamide 125 mg, 250 mg tablet; acetazolamide er 500 mg cap ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
acetazolamide sod 500 mg vial ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
acetic acid 2% ear solution ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
ak-poly-bac eye ointment ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
apraclonidine hcl 0.5% drops ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
atropine 1% eye drops ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
AZASITE 1 % EYE DROPS ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
azelastine 0.1% (137 mcg) spray ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (30 cada 25 días)
azelastine hcl 0.05% drops ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
AZOPT 1 % EYE DROPS,SUSPENSION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
bacitracin 500 unit/gm ophth ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
bacitracin-polymyxin eye oint ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
BESIVANCE 0.6 % EYE DROPS,SUSPENSION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
betaxolol hcl 0.5% eye drop ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
brimonidine 0.2% eye drop; brimonidine tartrate 0.15% drp ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
carteolol hcl 1% eye drops ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
chlorhexidine 0.12% rinse ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
ciprofloxacin 0.3% eye drop ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
COMBIGAN 0.2 %-0.5 % EYE DROPS ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
CYSTARAN 0.44 % EYE DROPS ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 28 días)
dexamethasone 0.1% eye drop ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
diclofenac 0.1% eye drops ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
dorzolamide hcl 2% eye drops ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (10 cada 30 días)
dorzolamide-timolol eye drops ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (10 cada 30 días)
doxycycline hyclate 20 mg tab ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
DUREZOL 0.05 % EYE DROPS ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
epinastine hcl 0.05% eye drops ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
erythromycin 0.5% eye ointment ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
flunisolide 0.025% spray ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (50 cada 30 días)
fluorometholone 0.1% drops ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
flurbiprofen 0.03% eye drop ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
gatifloxacin 0.5% eye drops ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (2.5 cada 25 días)
gentak 0.3 % (3 mg/gram) eye ointment ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
gentamicin 0.3% eye drops; gentamicin 0.3% eye ointment ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
hydrocortison-acetic acid soln ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
ILEVRO 0.3 % EYE DROPS,SUSPENSION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
ipratropium 0.03% spray ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
ipratropium 0.06% spray ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (45 cada 30 días)
ISOPTO CARPINE 1 %, 2 %, 4 % EYE DROPS ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
ketorolac 0.4% ophth solution; ketorolac 0.5% ophth solution ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
latanoprost 0.005% eye drops ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (5 cada 25 días)
levobunolol 0.5% eye drops ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
levofloxacin 0.5% eye drops ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
lidocaine 2% viscous soln; lidocaine hcl 2% jelly; lidocaine hcl 2% jelly; lidocaine hcl 4% solution ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
lidocaine viscous 2 % mucosal solution ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
LUMIGAN 0.01 % EYE DROPS ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (2.5 cada 25 días)
methazolamide 25 mg, 50 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
metipranolol 0.3% eye drops ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
moxifloxacin 0.5% eye drops ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
naphazoline 0.1% eye drops ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
neo-polycin 3.5 mg-400 unit-10,000 unit/g eye ointment ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
neo-polycin hc 3.5 mg-400-10,000 unit/g-1 % eye ointment ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
neo-bacit-poly-hc eye ointment ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
neomyc-bacit-polymix eye oint ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
neomyc-polym-dexamet eye ointm; neomyc-polym-dexameth eye drop ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
neomyc-polym-gramicid eye drop ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
neomycin-poly-hc eye drops; neomycin-polymyxin-hc ear soln; neomycin-polymyxin-hc ear susp ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
neosporin eye drops ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
ofloxacin 0.3% ear drops; ofloxacin 0.3% eye drops ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
paroex oral rinse 0.12 % mouthwash ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
PATADAY 0.2 % EYE DROPS ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
PAZEO 0.7 % EYE DROPS ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (2.5 cada 25 días)
periogard 0.12 % mouthwash ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
PHOSPHOLINE IODIDE 0.125 % EYE DROPS ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
<i>pilocarpine 1% eye drops; pilocarpine 2% eye drops; pilocarpine 4% eye drops</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>polycin 500 unit-10,000 unit/gram eye ointment</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>polymyxin b-tmp eye drops</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
PRED-G 0.3 %-1 % EYE DROPS,SUSPENSION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
PRED-G S.O.P. 0.3 %-0.6 % EYE OINTMENT ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
<i>prednisolone ac 1% eye drop</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>prednisolone sod 1% eye drop</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>proparacaine 0.5% eye drops</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
RESTASIS 0.05 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
RESTASIS MULTIDOSE 0.05 % EYE DROPS ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (5.5 cada 25 días)
<i>sulfacetamide 10% eye drops; sulfacetamide 10% eye ointment</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>sulf-pred 10-0.23% eye drops</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>timolol 0.25% gel-solution; timolol 0.5% gel-solution; timolol maleate 0.25% eye drop; timolol maleate 0.5% eye drops</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>tobramycin 0.3% eye drops</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>tobramycin-dexameth ophth susp</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
TOBREX 0.3 % EYE OINTMENT ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
TRAVATAN Z 0.004 % EYE DROPS ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (2.5 cada 25 días)
<i>trifluridine 1% eye drops</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
tropicamide 0.5% eye drops; tropicamide 1% eye drops ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
VIGAMOX 0.5 % EYE DROPS ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
ZIRGAN 0.15 % EYE GEL ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (5 cada 30 días)

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}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
AMITIZA 24 MCG, 8 MCG CAPSULE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
aprepitant 125 mg, 40 mg capsule ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	B o D,LC (2 cada 28 días)
aprepitant 125-80-80 mg pack ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	B o D,LC (6 cada 28 días)
aprepitant 80 mg capsule ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	B o D,LC (4 cada 28 días)
APRISO 0.375 GRAM CAPSULE,EXTENDED RELEASE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (120 cada 30 días)
balsalazide disodium 750 mg cp ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
CANASA 1,000 MG RECTAL SUPPOSITORY ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
CHENODAL 250 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP
CHOLBAM 250 MG, 50 MG CAPSULE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
cimetidine 200 mg, 300 mg, 400 mg, 800 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
cimetidine 300 mg/5 ml soln ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
compro 25 mg rectal suppository ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
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 UNIT-9,500 UNIT-15,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE; CREON 36,000 UNIT-114,000 UNIT-180,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE; CREON 6,000-19,000-30,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
diphenoxylat-atrop 2.5-0.025/5; diphenoxylate-atrop 2.5-0.025 EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
dronabinol 10 mg, 2.5 mg, 5 mg capsule EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	B o D,LC (120 cada 30 días)
EMEND 125 MG (1)-80 MG (2) CAPSULES IN A DOSE PACK EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D,LC (6 cada 28 días)
EMEND 125 MG (25 MG/ML FINAL CONC.) ORAL SUSPENSION EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D,LC (3 cada 28 días)
EMEND 125 MG, 40 MG CAPSULE EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D,LC (2 cada 28 días)
EMEND 80 MG CAPSULE EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D,LC (4 cada 28 días)
famotidine 20 mg, 40 mg tablet; famotidine 40 mg/4 ml vial; famotidine 40 mg/5 ml susp EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
famotidine 20 mg/2 ml vial EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
famotidine 20 mg piggyback EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
GATTEX 30-VIAL 5 MG SUBCUTANEOUS KIT EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP
GATTEX ONE-VIAL 5 MG SUBCUTANEOUS KIT EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP
gavilyte-c 240 gram-22.72 gram-6.72 gram-5.84 gram oral solution EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
gavilyte-g 236 gram-22.74 gram-6.74 gram-5.86 gram oral solution EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
gavilyte-n 420 gram oral solution EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
granisetron hcl 0.1 mg/ml vial EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
granisetron hcl 1 mg tablet EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	B o D,LC (28 cada 28 días)
granisetron hcl 1 mg/ml vial EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
granisetron hcl 4 mg/4 ml vial ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (4 cada 28 días)
lansoprazole dr 30 mg capsule ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
LIALDA 1.2 GRAM TABLET,DELAYED RELEASE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (120 cada 30 días)
LINZESS 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG CAPSULE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
mesalamine 4 gm/60 ml enema ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (1800 cada 30 días)
mesalamine 4 gm/60 ml kit ^{EC}	hasta \$3.30 (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}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
misoprostol 100 mcg, 200 mcg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
omeprazole dr 10 mg, 20 mg, 40 mg capsule ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
ondansetron odt 4 mg, 8 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	B o D,LC (90 cada 30 días)
ondansetron 4 mg/5 ml solution ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	B o D,LC (450 cada 30 días)
ondansetron 40 mg/20 ml vial ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
ondansetron hcl 24 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	B o D,LC (30 cada 30 días)
ondansetron hcl 4 mg, 8 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	B o D,LC (90 cada 30 días)
ondansetron hcl 4 mg/2 ml syr; ondansetron hcl 4 mg/2 ml vial ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
pantoprazole sod dr 20 mg, 40 mg tab ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
pantoprazole sodium 40 mg vial ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
peg 3350 electrolyte soln; peg-3350 and electrolytes soln ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
peg 3350-electrolyte solution ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>prochlorperazine 25 mg supp</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>prochlorperazine 10 mg/2 ml vl</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>prochlorperazine 10 mg, 5 mg tab; prochlorperazine 10 mg, 5 mg tablet</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	B o D
PROTONIX 40 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
<i>ranitidine 15 mg/ml syrup; ranitidine 150 mg, 300 mg capsule; ranitidine 150 mg, 300 mg tablet</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
RELISTOR 12 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION; RELISTOR 12 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (36 cada 28 días)
RELISTOR 150 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (90 cada 30 días)
RELISTOR 8 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (12 cada 30 días)
SANCUSO 3.1 MG/24 HOUR TRANSDERMAL PATCH ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (4 cada 30 días)
<i>scopolamine 1 mg/3 day patch</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (10 cada 30 días)
<i>sucrafate 1 gm tablet</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
SUPREP BOWEL PREP KIT 17.5 GRAM-3.13 GRAM-1.6 GRAM ORAL SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
TRANSDERM-SCOP 1.5 MG TRANSDERMAL PATCH (1 MG OVER 3 DAYS) ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (10 cada 30 días)
<i>trilyte with flavor packets 420 gram oral solution</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>trimethobenzamide 300 mg cap</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	B o D
<i>ursodiol 250 mg, 500 mg tablet</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
VIBERZI 100 MG, 75 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.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}	hasta \$8.25 (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}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
CUPRIMINE 250 MG CAPSULE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
EXJADE 125 MG, 250 MG, 500 MG DISPERSIBLE TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP
SYPRINE 250 MG CAPSULE ^{EC}	hasta \$8.25 (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}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>acarbose 100 mg, 25 mg, 50 mg tablet</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>altavera (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>amabelz 0.5 mg-0.1 mg tablet; amabelz 1 mg-0.5 mg tablet</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>amethia lo 0.10 mg-20 mcg (84)/10 mcg(7) tablets, 3 month dose pack</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (91 cada 90 días)
ANADROL-50 50 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
<i>anastrozole 1 mg tablet</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
ANDROGEL 1.62 % (20.25 MG/1.25 GRAM) TRANSDERMAL GEL PACKET EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (37.5 cada 30 días)
ANDROGEL 1.62 % (40.5 MG/2.5 GRAM), 20.25 MG/1.25 GRAM (1.62 %) TRANSDERMAL GEL PACKET; ANDROGEL 1.62 % (40.5 MG/2.5 GRAM), 20.25 MG/1.25 GRAM (1.62 %) TRANSDERMAL GEL PUMP EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (150 cada 30 días)
androxy 10 mg tablet EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
apri 0.15 mg-0.03 mg tablet EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
aranelle (28) 0.5 mg/1 mg/0.5 mg-35 mcg tablet EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
aubra 0.1 mg-20 mcg tablet EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
AVANDIA 2 MG, 4 MG TABLET EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
aviane 0.1 mg-20 mcg tablet EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
azurette (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
bekyree (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
blisovi fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
blisovi fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
budesonide ec 3 mg capsule EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
calcitonin-salmon 200 units sp EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (3.7 cada 28 días)
camila 0.35 mg tablet EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
camrese lo 0.10 mg-20 mcg (84)/10 mcg(7) tablets, 3 month dose pack EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (91 cada 90 días)
caziant (28) 0.1 mg/0.125 mg/0.15 mg-25 mcg tablet EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
chorionic gonad 10,000 unit vl EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP
cortisone 25 mg tablet EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
cryselle (28) 0.3 mg-30 mcg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
cyclafem 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
cyclafem 7/7/7 (28) 0.5 mg/0.75 mg/1 mg-35 mcg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
cyred 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
CYTOMEL 25 MCG, 5 MCG, 50 MCG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
danazol 100 mg, 200 mg, 50 mg capsule ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
dasetta 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
dasetta 7/7/7 (28) 0.5 mg(7)/0.75 mg(7)/1 mg(7)-35 mcg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
deblitane 0.35 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
delyla (28) 0.1 mg-20 mcg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
DEPO-ESTRADIOL 5 MG/ML INTRAMUSCULAR OIL ^{EC}	hasta \$8.25 (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}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
desogestr-eth estrad eth estra ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
desogestrel-ethinyl estrad tab ^{EC}	hasta \$3.30 (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}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
dexamethasone intensol 1 mg/ml drops (concentrate) ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
dexamethasone 10 mg/ml, 4 mg/ml vial; dexamethasone 4 mg/ml syringe ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
drospirenone-ee 3-0.02 mg, 3-0.03 mg tab ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
DUAVEE 0.45 MG-20 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
EGRIFTA 1 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
EGRIFTA 2 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
elinest 0.3 mg-30 mcg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
ELLA 30 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (1 cada 30 días)
emoquette 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
enpresse 50-30 (6)/75-40(5)/125-30(10) tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
enskyce 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
errin 0.35 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
ESTRACE 0.01% (0.1 MG/GRAM) VAGINAL CREAM ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
estradiol 0.0375 mg/day patch; estradiol 0.06 mg/day patch; estradiol 0.075 mg/day patch; estradiol tds 0.025 mg/day; estradiol tds 0.05 mg/day; estradiol tds 0.1 mg/day ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (4 cada 28 días)
estradiol 0.5 mg, 1 mg, 2 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
estradiol valerate 20 mg/ml, 40 mg/ml vl ^{EC}	hasta \$3.30 (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}	hasta \$3.30 (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}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
ethynodiol-eth estra 1mg-35mcg; ethynodiol-eth estra 1mg-50mcg ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
exemestane 25 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
falmina (28) 0.1 mg-20 mcg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
FARESTON 60 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
FEMCON FE CHEWABLE TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
femynor 0.25 mg-35 mcg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
FIASP 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
FIASP FLEXTOUCH 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS INSULIN PEN ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
FIRMAGON KIT WITH DILUENT SYRINGE 120 MG, 80 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP
fludrocortisone 0.1 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
FORTEO 20 MCG/DOSE (600 MCG/2.4 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	TP,LC (2.4 cada 28 días)
FORTICAL 200 UNITS NASAL SPRAY ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (3.7 cada 28 días)
gianvi (28) 3 mg-20 mcg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
gildess 1.5 mg-30 mcg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
gildess 1 mg-20 mcg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
gildess 24 fe 1-0.02 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
gildess fe 1.5-30 tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
gildess fe 1-20 tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
glimepiride 1 mg, 2 mg, 4 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
glipizide 10 mg, 5 mg tablet; glipizide er 10 mg, 2.5 mg, 5 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
glipizide-metformin 2.5-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
GLUCAGEN HYPOKIT 1 MG INJECTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
GLUCAGON EMERGENCY KIT (HUMAN-RECOMB) 1 MG INJECTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
GLYSET 100 MG, 25 MG, 50 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. 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}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
<i>heather 0.35 mg tablet</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>hydrocortisone 10 mg, 20 mg, 5 mg tablet</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
INCRELEX 10 MG/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP
<i>introvale 0.15 mg-30 mcg tablets, 3 month dose pack</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
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}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
INVOKAMET XR 150 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE; INVOKAMET XR 150 MG-500 MG TABLET, EXTENDED RELEASE; INVOKAMET XR 50 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE; INVOKAMET XR 50 MG-500 MG TABLET, EXTENDED RELEASE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
INVOKANA 100 MG, 300 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
<i>isibloom 0.15 mg-0.03 mg tablet</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
JANUMET 50 MG-1,000 MG TABLET; JANUMET 50 MG-500 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
JANUMET XR 100 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
JANUMET XR 50 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE; JANUMET XR 50 MG-500 MG TABLET, EXTENDED RELEASE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
JANUVIA 100 MG, 25 MG, 50 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
JARDIANCE 10 MG, 25 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
<i>jencycla 0.35 mg tablet</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (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}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
JENTADUETO XR 2.5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
JENTADUETO XR 5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
juleber 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
junel 1.5/30 (21) 1.5 mg-30 mcg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
junel 1/20 (21) 1 mg-20 mcg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
junel fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
junel fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
junel fe 24 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
kariva (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
kelnor 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
kimidess (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
KORLYM 300 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
kurvelo 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
levono-e estrad 0.10-0.02-0.01 ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (91 cada 90 días)
LANTUS 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
LANTUS SOLOSTAR 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS INSULIN PEN ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
larin 1.5/30 (21) 1.5 mg-30 mcg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
larin 1/20 (21) 1 mg-20 mcg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
larin 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
larin fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
larin fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
larissia 0.1 mg-20 mcg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
lessina 0.1 mg-20 mcg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
letrozole 2.5 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
leuprolide 2wk 14 mg/2.8 ml kt ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
LEVEMIR 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
LEVEMIR FLEXTOUCH 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS INSULIN PEN ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
levonest (28) 50-30 (6)/75-40(5)/125-30(10) tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
levonor-eth estrad triphasic ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
levonor-eth estrad 0.1-0.02 mg; levonor-eth estrad 0.15-0.03 ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
levora-28 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (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}	hasta \$3.30 (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}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
lillow 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
liothyronine sod 10 mcg/ml vl; liothyronine sod 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg tab ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
loryna (28) 3 mg-20 mcg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
low-ogestrel (28) 0.3 mg-30 mcg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
LUPRON DEPOT 3.75 MG, 7.5 MG INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (1 cada 30 días)
LUPRON DEPOT 11.25 MG, 22.5 MG (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (1 cada 90 días)
LUPRON DEPOT 30 MG (4 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (1 cada 112 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
LUPRON DEPOT (6 MONTH) 45 MG INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (1 cada 168 días)
LUPRON DEPOT-PED 11.25 MG, 15 MG, 7.5 MG (PED) INTRAMUSCULAR KIT ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (1 cada 28 días)
LUPRON DEPOT-PED 11.25 MG, 30 MG (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (1 cada 90 días)
luta (28) 0.1 mg-20 mcg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
lyza 0.35 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
marlissa 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
medroxyprogesterone 10 mg, 2.5 mg, 5 mg tab ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
medroxyprogesterone 150 mg/ml ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (1 cada 90 días)
megestrol 20 mg, 40 mg tablet; megestrol acet 40 mg/ml susp; megestrol acet 400 mg/10 ml ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
MENEST 0.3 MG, 0.625 MG, 1.25 MG, 2.5 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
metformin hcl 1,000 mg, 500 mg, 850 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
metformin hcl er 500 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
metformin hcl er 750 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
methimazole 10 mg, 5 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
METHITEST 10 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (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}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	B o D
methylprednisolone 40 mg/ml, 80 mg/ml vl ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
methylprednisolone ss 1 gm vl; methylprednisolone ss 1,000 mg, 125 mg, 40 mg; methylprednisolone ss 1,000 mg, 125 mg, 40 mg vl ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
methyltestosterone 10 mg cap ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
MIACALCIN 200 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
microgestin 1.5/30 (21) 1.5 mg-30 mcg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
microgestin 1/20 (21) 1 mg-20 mcg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
MICROGESTIN 24 FE 1 MG-20 MCG (24)/75 MG (4) TABLET ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
microgestin fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
microgestin fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
miglitol 100 mg, 25 mg, 50 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
mimvey 1 mg-0.5 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
MYALEPT 5 MG/ML (FINAL CONCENTRATION) SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
myzilra 50-30 (6)/75-40(5)/125-30(10) tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
nateglinide 120 mg, 60 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
NATPARA 100 MCG/DOSE, 25 MCG/DOSE, 50 MCG/DOSE, 75 MCG/DOSE SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (2 cada 28 días)
necon 0.5/35 (28) 0.5 mg-35 mcg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
necon 1-35-28 tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
necon 10-11-28 tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
nikki (28) 3 mg-20 mcg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
noret-estr-fe 0.4-0.035(21)-75 ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
norethindrone 0.35 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
norethind-eth estrad 1-0.02 mg ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
norethindrone 5 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
noreth-estradiol 1-0.02(21)-75 ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
norg-ee 0.18-0.215-0.25/0.025; norg-ee 0.18-0.215-0.25/0.035; norg-ethin estradiol 0.25-0.035 mg ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
norlyda 0.35 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
norlyroc 0.35 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
nortrel 0.5/35 (28) 0.5 mg-35 mcg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
nortrel 1/35 (21) 1 mg-35 mcg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
nortrel 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
nortrel 7/7/7 (28) 0.5 mg/0.75 mg/1 mg-35 mcg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
NOVOLIN 70/30 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
NOVOLIN N 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
NOVOLIN R 100 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
NOVOLOG 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
NOVOLOG FLEXPEN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
NOVOLOG MIX 70-30 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS PEN ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
NOVOLOG PENFILL 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
ogestrel (28) 0.5 mg-50 mcg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (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}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
orsythia 0.1 mg-20 mcg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
oxandrolone 10 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	AP,LC (60 cada 30 días)
oxandrolone 2.5 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	AP,LC (120 cada 30 días)
pimtreea (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
pioglitazone hcl 15 mg, 30 mg, 45 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
pioglitazone-glimepiride 30-2; pioglitazone-glimepiride 30-4 ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
pioglitazone-metformin 15-500; pioglitazone-metformin 15-850 ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 días)
pirmella 0.5/0.75/1 mg-35 mcg tablet; pirmella 1 mg-35 mcg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
portia 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
prednisolone 15 mg/5 ml syrup ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
prednisolone 15 mg/5 ml soln; prednisolone 20 mg/5 ml soln; prednisolone 5 mg/5 ml soln; prednisolone sod ph 25 mg/5 ml ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
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 ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	B o D
prednisone intensol 5 mg/ml oral concentrate ^{EC}	hasta \$3.30 (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}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
PREMPHASE 0.625 MG(14)/0.625 MG-5MG(14) TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (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}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
previfem 0.25 mg-35 mcg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
progesterone in oil 50 mg/ml intramuscular ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
progesterone 100 mg, 200 mg capsule ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
PROGLYCEM 50 MG/ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
propylthiouracil 50 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
quasense 0.15 mg-30 mcg tablets, 3 month dose pack ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
raloxifene hcl 60 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
reclipsen (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
repaglinide 0.5 mg, 1 mg, 2 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
SENSIPAR 30 MG, 60 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
SENSIPAR 90 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (120 cada 30 días)
SEROSTIM 4 MG, 5 MG, 6 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP
setlakin 0.15 mg-30 mcg tablets, 3 month dose pack ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
sharobel 0.35 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
SIGNIFOR 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP, LC (60 cada 30 días)
SOLTAMOX 10 MG/5 ML ORAL SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
SOLU-MEDROL 1,000 MG, 2 GRAM INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (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}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
SOMATULINE DEPOT 120 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP, LC (0.5 cada 28 días)
SOMATULINE DEPOT 60 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP, LC (0.2 cada 28 días)
SOMATULINE DEPOT 90 MG/0.3 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP, LC (0.3 cada 28 días)
SOMAVERT 10 MG, 15 MG, 20 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION; SOMAVERT 10 MG, 15 MG, 20 MG VIAL ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP, LC (60 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
SOMAVERT 25 MG, 30 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
sprintec (28) 0.25 mg-35 mcg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
sronyx 0.1 mg-20 mcg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
STIMATE 150 MCG/SPRAY (0.1 ML) NASAL SPRAY ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
syeda 3 mg-0.03 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
SYMLINPEN 120 2,700 MCG/2.7 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (10.8 cada 30 días)
SYMLINPEN 60 1,500 MCG/1.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (10.5 cada 30 días)
SYNAREL 2 MG/ML NASAL SPRAY ^{EC}	hasta \$8.25 (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}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
SYNJARDY XR 10 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE; SYNJARDY XR 25 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
SYNJARDY XR 12.5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE; SYNJARDY XR 5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
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}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
tamoxifen 10 mg, 20 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
tarina fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
testosteron cyp 1,000 mg/10 ml; testosterone cyp 100 mg/ml, 200 mg/ml ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
testosterone enan 200 mg/ml ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
THYROLAR-1 12.5 MCG-50 MCG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
THYROLAR-1/2 6.25 MCG-25 MCG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
THYROLAR-1/4 3.1 MCG-12.5 MCG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
THYROLAR-2 25 MCG-100 MCG TABLET EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
THYROLAR-3 37.5 MCG-150 MCG TABLET EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
<i>tilia fe 1-20 (5)/1-30(7)/1mg-35mcg(9) tablet</i> EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>tolbutamide 500 mg tablet</i> EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
TOUJEO SOLOSTAR 300 UNIT/ML (1.5 ML) SUBCUTANEOUS INSULIN PEN EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
TRADJENTA 5 MG TABLET EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
TRELSTAR 11.25 MG, 22.5 MG, 3.75 MG INTRAMUSCULAR SUSPENSION; TRELSTAR 11.25 MG/2 ML, 22.5 MG/2 ML, 3.75 MG/2 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP
TRESIBA FLEXTOUCH U-100 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS INSULIN PEN EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
TRESIBA FLEXTOUCH U-200 200 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS INSULIN PEN EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
<i>tri femynor (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet</i> EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>tri-legest fe 1-20 (5)/1-30(7)/1mg-35mcg(9) tablet</i> EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>tri-lo-estarylla 0.18 mg/0.215 mg/0.25 mg-25 mcg tablet</i> EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>tri-lo-sprintec 0.18 mg/0.215 mg/0.25 mg-25 mcg tablet</i> EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>tri-previfem (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet</i> EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>tri-sprintec (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet</i> EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>trinessa (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet</i> EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>trinessa lo 0.18 mg/0.215 mg/0.25 mg-25 mcg tablet</i> EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>trivora (28) 50-30 (6)/75-40(5)/125-30(10) tablet</i> EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
TRULICITY 0.75 MG/0.5 ML, 1.5 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (2 cada 28 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
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	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
velivet triphasic regimen (28) 0.1 mg/0.125 mg/0.15 mg-25 mcg tablet EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
VERIPRED 20 20 MG/5 ML (4 MG/ML) ORAL SOLUTION EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
vestura (28) 3 mg-20 mcg tablet EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
VICTOZA 2-PAK 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (9 cada 30 días)
VICTOZA 3-PAK 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (9 cada 30 días)
vienva 0.1 mg-20 mcg tablet EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
viorele (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
wera (28) 0.5 mg-35 mcg tablet EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
wymzya fe 0.4 mg-35 mcg (21)/75 mg (7) chewable tablet EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
zarah 3 mg-0.03 mg tablet EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
zenchent fe tablet chewable EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
zovia 1/35e (28) 1 mg-35 mcg tablet EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
zovia 1/50e (28) 1 mg-50 mcg tablet EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. 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
<i>lidocaine hcl 0.5% vial; lidocaine hcl 1% ampul; lidocaine hcl 2% vial</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>lidocaine hcl 1% vial; lidocaine hcl 2% vial</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (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
<i>acetylcysteine 6 gram/30 ml vl</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
ACTIMMUNE 100 MCG (2 MILLION UNIT)/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP
<i>alendronate sodium 10 mg, 40 mg, 5 mg tab; alendronate sodium 10 mg, 40 mg, 5 mg tablet</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
<i>alendronate sodium 35 mg, 70 mg tab</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (4 cada 28 días)
<i>allopurinol 100 mg, 300 mg tablet</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>amifostine 500 mg vial</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	B o D
AMPYRA 10 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
ARCALYST 220 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP
ATELVIA 35 MG TABLET,DELAYED RELEASE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (4 cada 28 días)
<i>azathioprine 50 mg tablet</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	B o D
BENLYSTA 120 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (20 cada 28 días)
BENLYSTA 200 MG/ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR; BENLYSTA 200 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (4 cada 28 días)
BENLYSTA 400 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (6 cada 28 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
BETASERON 0.3 MG SUBCUTANEOUS KIT ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (15 cada 30 días)
CELLCEPT 200 MG/ML ORAL SUSPENSION; CELLCEPT 250 MG CAPSULE; CELLCEPT 500 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D
CELLCEPT INTRAVENOUS 500 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D
CERDELGA 84 MG CAPSULE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
CINRYZE 500 UNIT (5 ML) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (20 cada 30 días)
COLCRYS 0.6 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (120 cada 30 días)
COPAXONE 20 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
COPAXONE 40 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (12 cada 28 días)
cyclosporine 100 mg, 25 mg capsule; cyclosporine 50 mg/ml ampul ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	B o D
cyclosporine 100 mg/ml soln; cyclosporine modified 100 mg, 25 mg, 50 mg ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	B o D
CYSTADANE 1 GRAM/1.7 ML ORAL POWDER ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
CYSTAGON 150 MG, 50 MG CAPSULE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
DEMSEER 250 MG CAPSULE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
dexrazoxane 250 mg, 500 mg vial ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	B o D
disulfiram 250 mg, 500 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
dutasteride 0.5 mg capsule ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
dutasteride-tamsulosin 0.5-0.4 ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
ELMIRON 100 MG CAPSULE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
ENBREL 25 MG (1 ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (8 cada 28 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
ENBREL 25 MG/0.5 ML (0.51 ML) SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (4.08 cada 28 días)
ENBREL 50 MG/ML (0.98 ML) SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (7.84 cada 28 días)
ENBREL MINI 50 MG/ML (0.98 ML) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (7.84 cada 28 días)
ENBREL SURECLICK 50 MG/ML (0.98 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (7.84 cada 28 días)
<i>etidronate disodium 200 mg, 400 mg tab</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
EXONDYS 51 50 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP
<i>finasteride 5 mg tablet</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
FIRAZYR 30 MG/3 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (18 cada 30 días)
<i>fluoride 1 mg tablet chewable</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>fomepizole 1.5 gm/1.5 ml vial</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
FUSILEV 50 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP
<i>gengraf 100 mg, 25 mg, 50 mg capsule; gengraf 100 mg/ml oral solution</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	B o D
GILENYA 0.5 MG CAPSULE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
HUMIRA 10 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (2 cada 28 días)
HUMIRA 20 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (6 cada 28 días)
HUMIRA PEDIATRIC CROHN'S STARTER 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (6 cada 28 días)
HUMIRA PEN 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (6 cada 28 días)
HUMIRA PEN CROHN'S-ULC COLITIS-HID SUP STARTER 40 MG/0.8 ML SUBCUT KIT ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (6 cada 28 días)
HUMIRA PEN PSORIASIS-UVEITIS STARTER 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS KIT ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (6 cada 28 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
IMURAN 50 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D
KUVAN 100 MG SOLUBLE TABLET; KUVAN 100 MG, 500 MG ORAL POWDER PACKET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP
leflunomide 10 mg, 20 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
leucovorin calcium 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg tab ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
leucovorin calcium 100 mg, 200 mg, 350 mg, 50 mg, 500 mg vial; leucovorin calcium 100 mg, 200 mg, 350 mg, 50 mg, 500 mg vial ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	B o D
levocarnitine 200 mg/ml vial; levocarnitine 330 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
levocarnitine 1 g/10 ml soln ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
levoleucovorin 10 mg/ml, 175 mg, 50 mg vial; levoleucovorin 250 mg/25 ml vial ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	AP
mesna 1 gram/10 ml vial ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	B o D
MESNEX 400 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
mycophenolate 200 mg/ml susp; mycophenolate 250 mg capsule; mycophenolate 500 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	B o D
mycophenolate 500 mg vial ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	B o D
mycophenolic acid dr 180 mg, 360 mg tb ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	B o D
MYFORTIC 180 MG, 360 MG TABLET, DELAYED RELEASE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D
NULOJIX 250 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP, LC (20 cada 30 días)
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 ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	AP
ORFADIN 10 MG, 2 MG, 20 MG, 5 MG CAPSULE; ORFADIN 4 MG/ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
pamidronate 30 mg/10 ml vial; pamidronate 60 mg/10 ml vial; pamidronate 90 mg/10 ml vial ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
PROGRAF 5 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
PROLIA 60 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (1 cada 180 días)
RAPAMUNE 0.5 MG, 1 MG, 2 MG TABLET; RAPAMUNE 1 MG/ML ORAL SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D
REMICADE 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP
<i>risedronate sod dr 35 mg tab</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (4 cada 28 días)
SANDIMMUNE 100 MG/ML ORAL SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D
SANDOSTATIN LAR DEPOT 10 MG, 20 MG, 30 MG INTRAMUSCULAR SUSP, EXTENDED RELEASE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP
SIMPONI 100 MG/ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR; SIMPONI 100 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP, LC (1 cada 30 días)
SIMULECT 10 MG, 20 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D
<i>sirolimus 0.5 mg, 1 mg, 2 mg tablet</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	B o D
<i>tacrolimus 0.5 mg, 1 mg, 5 mg capsule</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	B o D
THALOMID 100 MG, 200 MG, 50 MG CAPSULE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP, LC (30 cada 30 días)
THALOMID 150 MG CAPSULE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP, LC (60 cada 30 días)
THIOLA 100 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
THYMOGLOBULIN 25 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D
TYBOST 150 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
TYSABRI 300 MG/15 ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP
XELJANZ 5 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP, LC (60 cada 30 días)
XELJANZ XR 11 MG TABLET, EXTENDED RELEASE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP, LC (30 cada 30 días)
XGEVA 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP, LC (1.7 cada 28 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
ZAVESCA 100 MG CAPSULE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (90 cada 30 días)
zoledronic acid 4 mg vial ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	AP
zoledronic acid 4 mg/5 ml vial ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	AP,LC (15 cada 21 días)
zoledronic acid 5 mg/100 ml ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	AP,LC (100 cada 365 días)
ZORTRESS 0.25 MG, 0.75 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D,LC (60 cada 30 días)
ZORTRESS 0.5 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D,LC (120 cada 30 días)

OXITÓXICOS - Medicamentos utilizados para aliviar las hemorragias postparto

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
methergine 0.2 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
methylergonovine 0.2 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	

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}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
BORDERED GAUZE 2" X 2" BANDAGE ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
CURITY GAUZE 2" X 2" BANDAGE ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
DERMACEA 2" X 2" BANDAGE ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
GAUZE PADS 2"X2" ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
GAUZE PAD 2" X 2" BANDAGE ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
GAUZE PADS, STERILE 2"X2" ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	

AGENTES DEL TRACTO RESPIRATORIO - Medicamentos usados para tratar el asma

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>acetylcysteine 10% vial; acetylcysteine 20% vial</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	B o D
ADEMPAS 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (90 cada 30 días)
ADVAIR DISKUS 100 MCG-50 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION; ADVAIR DISKUS 250 MCG-50 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION; ADVAIR DISKUS 500 MCG-50 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
ADVAIR HFA 115 MCG-21 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER; ADVAIR HFA 230 MCG-21 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER; ADVAIR HFA 45 MCG-21 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (12 cada 30 días)
ARALAST NP 1,000 MG, 500 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP
ARNUITY ELLIPTA 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION POWDER FOR INHALATION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
BREO ELLIPTA 100 MCG-25 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION; BREO ELLIPTA 200 MCG-25 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
<i>budesonide 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml susp</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	B o D
<i>cromolyn 100 mg/5 ml oral conc; cromolyn 4% eye drops</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>cromolyn 20 mg/2 ml neb soln</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	B o D
DALIRESP 500 MCG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
ESBRIET 267 MG CAPSULE; ESBRIET 267 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (270 cada 30 días)
ESBRIET 801 MG TABLET ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (90 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
FLOVENT DISKUS 100 MCG/ACTUATION, 250 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION POWDER FOR INHALATION EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
FLOVENT HFA 110 MCG/ACTUATION, 220 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (24 cada 30 días)
FLOVENT HFA 44 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (10.6 cada 30 días)
GLASSIA 1 GRAM/50 ML (2 %) INTRAVENOUS SOLUTION EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP
KALYDECO 150 MG TABLET EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
KALYDECO 50 MG, 75 MG ORAL GRANULES IN PACKET EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (56 cada 28 días)
LETAIRIS 10 MG, 5 MG TABLET EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
montelukast sod 10 mg tablet; montelukast sod 4 mg granules; montelukast sod 4 mg, 5 mg tab chew EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
OFEV 100 MG, 150 MG CAPSULE EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
OPSUMIT 10 MG TABLET EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
ORKAMBI 100 MG-125 MG TABLET; ORKAMBI 200 MG-125 MG TABLET EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (112 cada 28 días)
PULMOZYME 1 MG/ML SOLUTION FOR INHALATION EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D,LC (150 cada 30 días)
REMODULIN 1 MG/ML, 10 MG/ML, 2.5 MG/ML, 5 MG/ML INJECTION SOLUTION EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP
SYMBICORT 160 MCG-4.5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER; SYMBICORT 80 MCG-4.5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (10.2 cada 30 días)
TRACLEER 125 MG, 62.5 MG TABLET EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
TYVASO 1.74 MG/2.9 ML (0.6 MG/ML) SOLUTION FOR NEBULIZATION EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP
TYVASO INSTITUTIONAL STARTER KIT 1.74 MG/2.9 ML SOLN FOR NEBULIZATION EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP
TYVASO REFILL KIT 1.74 MG/2.9 ML (0.6 MG/ML) SOLUTION FOR NEBULIZATION EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP
TYVASO STARTER KIT 1.74 MG/2.9 ML SOLUTION FOR NEBULIZATION EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
XOLAIR 150 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (6 cada 28 días)
zafirlukast 10 mg, 20 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)

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}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
acitretin 10 mg, 17.5 mg, 25 mg capsule ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
acyclovir 5% ointment ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	AP
adapalene 0.1% gel ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
alclometasone dipr 0.05% oint; alclometasone dipro 0.05% crm ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
ALCOHOL PADS ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
ALCOHOL PREP PADS ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
ALCOHOL PREP SWABS ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
ALCOHOL 70% SWABS ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
ALCOHOL WIPES ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
ALTABAX 1 % TOPICAL OINTMENT ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
BD ALCOHOL SWABS ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
betamethasone dp 0.05% crm; betamethasone dp 0.05% lot; betamethasone dp 0.05% oint ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
betamethasone va 0.1% cream; betamethasone va 0.1% lotion; betamethasone valer 0.1% ointm ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
betamethasone dp aug 0.05% crm; betamethasone dp aug 0.05% gel; betamethasone dp aug 0.05% lot; betamethasone dp aug 0.05% oin ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
calcipotriene 0.005% cream ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
calcipotriene 0.005% solution ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD TOPICAL PADS ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
ciclodan 0.77 % topical cream; ciclodan 8 % topical solution ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
ciclopirox 0.77% cream; ciclopirox 0.77% gel; ciclopirox 0.77% topical susp; ciclopirox 1% shampoo; ciclopirox 8% solution ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
clindamycin 2% vaginal cream; clindamycin ph 1% gel; clindamycin ph 1% solution; clindamycin phos 1% pledget; clindamycin phosp 1% lotion ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
clobetasol 0.05% cream; clobetasol 0.05% gel; clobetasol 0.05% ointment; clobetasol 0.05% solution ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
clobetasol emollient 0.05% crm ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
clotrimazole 1% cream; clotrimazole 1% solution; clotrimazole 10 mg troche ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
clotrimazole-betamethasone crm; clotrimazole-betamethasone lot ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
colocort 100 mg/60 ml enema ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
cormax 0.05 % scalp solution ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
COSENTYX 150 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (32 cada 365 días)
COSENTYX (2 SYRINGES) 300 MG (150 MG/ML) SUBCUTANEOUS ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (32 cada 365 días)
COSENTYX PEN 150 MG/ML SUBCUTANEOUS ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (32 cada 365 días)
COSENTYX PEN (2 PENS) 300 MG (150 MG/ML) SUBCUTANEOUS ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (32 cada 365 días)
CURITY ALCOHOL SWABS ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
DENAVIR 1 % TOPICAL CREAM ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
desonide 0.05% cream; desonide 0.05% lotion; desonide 0.05% ointment EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
desoximetasone 0.05% cream; desoximetasone 0.05% gel; desoximetasone 0.05% ointment; desoximetasone 0.25% cream; desoximetasone 0.25% ointment EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
econazole nitrate 1% cream EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
ELIDEL 1 % TOPICAL CREAM EC	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
ery pads 2 % topical swab EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
erythromycin 2% gel; erythromycin 2% pledgets; erythromycin 2% solution EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
erythromycin-benzoyl gel EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
fluocinolone 0.01% cream; fluocinolone 0.01% solution; fluocinolone 0.025% cream; fluocinolone 0.025% ointment EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
fluocinolone 0.01% scalp oil EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
fluocinonide 0.05% cream; fluocinonide 0.05% gel; fluocinonide 0.05% ointment; fluocinonide 0.05% solution EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
fluocinonide-e 0.05 % topical cream EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
fluocinonide-e 0.05% cream EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
fluorouracil 2% topical soln; fluorouracil 5% cream; fluorouracil 5% topical soln EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
fluticasone prop 0.005% oint; fluticasone prop 0.05% cream EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
gentamicin 0.1% cream; gentamicin 0.1% ointment EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
halobetasol prop 0.05% cream; halobetasol prop 0.05% ointmnt EC	hasta \$3.30 (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	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
hydrocortisone buty 0.1% cream; hydrocortisone butyr 0.1% oint; hydrocortisone butyr 0.1% soln EC	hasta \$3.30 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
hydrocortisone val 0.2% cream; hydrocortisone val 0.2% ointmt ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
imiquimod 5% cream packet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (12 cada 30 días)
INCONTROL ALCOHOL PADS ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
IV PREP WIPES MEDICATED ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
KEPIVANCE 6.25 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
ketoconazole 2% cream; ketoconazole 2% shampoo ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
lidocaine 5% patch ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	AP,LC (90 cada 30 días)
lidocaine-prilocaine cream ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
lindane 1% lotion; lindane 1% shampoo ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
malathion 0.5% lotion ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
MENTAX 1 % TOPICAL CREAM ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
methoxsalen 10 mg softgel ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
metronidazole 0.75% cream; metronidazole 0.75% lotion; metronidazole topical 0.75% gl; metronidazole topical 1% gel; metronidazole vaginal 0.75% gl ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
miconazole-3 200 mg vaginal suppository ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
mometasone furoate 0.1% cream; mometasone furoate 0.1% oint; mometasone furoate 0.1% soln ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
mupirocin 2% ointment ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
mupirocin 2% cream ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
myorisan 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg capsule ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
neomy-polymyxin b 40 mg/ml amp ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>nyamyc 100,000 unit/gram topical powder</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>nyata 100,000 unit/gram topical powder</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>nystatin 100,000 unit/gm cream; nystatin 100,000 unit/gm powd; nystatin 100,000 units/gm oint</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>nystatin-triamcinolone cream; nystatin-triamcinolone ointm</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>nystop 100,000 unit/gram topical powder</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>oralone 0.1 % dental paste</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
PANRETIN 0.1 % TOPICAL GEL ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
<i>permethrin 5% cream</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>podofilox 0.5% topical soln</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>prednicarbate 0.1% cream; prednicarbate 0.1% ointment</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
PRO COMFORT ALCOHOL PADS ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>procto-med hc 2.5 % topical cream perineal applicator</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>procto-pak 1 % topical cream perineal applicator</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>proctosol hc 2.5 % topical cream perineal applicator</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>proctozone-hc 2.5 % topical cream perineal applicator</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
RECTIV 0.4 % (W/W) OINTMENT ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
REGRANEX 0.01 % TOPICAL GEL ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
SANTYL 250 UNIT/GRAM TOPICAL OINTMENT ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
<i>silver sulfadiazine 1% cream</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
SORIATANE 10 MG, 17.5 MG, 25 MG CAPSULE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
SSD 1 % TOPICAL CREAM ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>sulfacetamide sod 10% top susp</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>tacrolimus 0.03% ointment; tacrolimus 0.1% ointment</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
TARGRETIN 1 % TOPICAL GEL ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP
<i>tazarotene 0.1% cream</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	AP
TAZORAC 0.05 %, 0.1 % TOPICAL CREAM; TAZORAC 0.05 %, 0.1 % TOPICAL GEL ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP
<i>terconazole 0.4% cream; terconazole 0.8% cream; terconazole 80 mg suppository</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
THERMAZENE 1% CREAM ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
TOLAK 4 % TOPICAL CREAM ^{EC}	hasta \$8.25 (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}	hasta \$3.30 (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 0.5% cream; triamcinolone 0.5% ointment</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>triderm 0.1 %, 0.5 % topical cream</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
<i>u-cort 1% cream</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
ULTILET ALCOHOL SWAB ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
UVADEX 20 MCG/ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	B o D
VALCHLOR 0.016 % TOPICAL GEL ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 28 días)



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
VEREGEN 15 % TOPICAL OINTMENT ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
WEBCOL TOPICAL PADS ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
zenatane 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg capsule ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
ZOVIRAX 5 % TOPICAL CREAM ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	AP

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 vl ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
ELIXOPHYLLIN 80 MG/15 ML ORAL ELIXIR ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	
flavoxate hcl 100 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
MYRBETRIQ 25 MG, 50 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
oxybutynin 5 mg tablet; oxybutynin 5 mg/5 ml syrup ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
oxybutynin cl er 10 mg, 15 mg, 5 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
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}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
tolterodine tart er 2 mg, 4 mg cap ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
tolterodine tartrate 1 mg, 2 mg tab ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
TOVIAZ 4 MG, 8 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
tropium chloride 20 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).

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}	hasta \$3.30 (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}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
HECTOROL 2 MCG/ML (1 ML) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (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}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
prn ob+dha 27 mg-1 mg-50 mg-250 mg oral pack ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
pr natal 400 29 mg-1 mg-400 mg oral pack ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
pr natal 400 ec 29 mg-1 mg-400 mg tablet-capsule, delayed release ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
pr natal 430 29 mg iron-1 mg-430 mg oral pack ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
pr natal 430 ec 29 mg-1 mg-430 mg tablet-capsule, delayed release ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
PRENATABS FA 29 MG-1 MG TABLET ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
prenatal plus (calcium carbonate) 27 mg iron-1 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
thrivite-19 29 mg iron-1 mg-25 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
ZEMPLAR 2 MCG/ML, 5 MCG/ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	hasta \$8.25 (Nivel 2)	

MEDICAMENTOS RADIOLÓGICOS NO PERTENECIENTES A LA PARTE D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
adipex-p 37.5 mg capsule (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
ADIPEX-P 37.5 MG TABLET (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
AQUASOL A 50,000 UNIT/ML INTRAMUSCULAR SOLUTION (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
BELVIQ 10 MG TABLET (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	LC (60 cada 30 días)
BELVIQ XR 20 MG TABLET, EXTENDED RELEASE (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	LC (30 cada 30 días)



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
benzonatate 100 mg capsule (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
benzphetamine hcl 50 mg tablet (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
bromfed dm 2 mg-30 mg-10 mg/5 ml syrup (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
bromphenir-pseudoephed-dm syr (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
calcium chloride 10% syringe (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
chromium cl 40 mcg/10 ml vial (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
CONTRAVE 8 MG-90 MG TABLET,EXTENDED RELEASE (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	LC (120 cada 30 días)
copper chloride 0.4 mg/ml intravenous solution (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
cyanocobalamin 1,000 mcg/ml (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
diethylpropion 25 mg tablet; diethylpropion er 75 mg tablet (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
DRISDOL 50,000 UNITS CAPSULE (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
vit d2 1.25 mg (50,000 unit) (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
FERAHEME 510 MG/17 ML (30 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
FERRLECIT 62.5 MG/5 ML INTRAVENOUS SOLUTION (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
folic acid 1 mg tablet; folic acid 5 mg/ml vial (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
hydrocodone-chlorphen er susp (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
hydrocodone-homatropine 5-1.5; hydrocodone-homatropine syrup (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
hydromet 5 mg-1.5 mg/5 ml syrup (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
hydroxocobalamin 1,000 mcg/ml (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
INFED 100 MG/2 ML (50 MG/ML) INJECTION SOLUTION (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
INFUVITE ADULT 3300 UNIT-150 MCG/10 ML INTRAVENOUS SOLUTION (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
INFUVITE PEDIATRIC 80 MG-400 UNIT-200 MCG/5 ML INTRAVENOUS SOLUTION (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
M.V.I. ADULT 3,300 UNIT-150 MCG/10 ML INTRAVENOUS SOLUTION (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
M.V.I. PEDIATRIC 80 MG-400 UNIT-200 MCG INTRAVENOUS SOLUTION (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
M.V.I.-12 (WITHOUT VIT K) 3,300 UNIT-200 UNIT/10 ML INTRAVENOUS SOLN (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
manganese 1 mg/10 ml vial (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
MEPHYTON 5 MG TABLET (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
phendimetrazine 35 mg tablet; phendimetrazine er 105 mg cap (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
phentermine 15 mg, 30 mg, 37.5 mg capsule; phentermine 37.5 mg tablet (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
promethazine vc-codeine 6.25 mg-5 mg-10 mg/5 ml syrup (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>promethazine-codeine syrup (*)^{EC}</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>promethazine-dm syrup (*)^{EC}</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>pyridoxine 100 mg/ml vial (*)^{EC}</i>	\$0 (Nivel 3)	
QSYMIA 11.25 MG-69 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE; QSYMIA 15 MG-92 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE; QSYMIA 3.75 MG-23 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE; QSYMIA 7.5 MG-46 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	LC (30 cada 30 días)
SAXENDA 3 MG/0.5 ML (18 MG/3 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
SUPRENZA ODT 15 MG, 30 MG TABLET (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
SUPRENZA ODT 37.5 MG TABLET (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	LC (30 cada 30 días)
TESSALON PERLES 100 MG CAPSULE (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
<i>thiamine 200 mg/2 ml vial (*)^{EC}</i>	\$0 (Nivel 3)	
TUSSICAPS 10 MG-8 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE; TUSSICAPS 5 MG-4 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
TUSSIONEX PENNKINETIC ER 10 MG-8 MG/5 ML SUSPENSION,EXTENDED RELEASE (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
VENOFER 100 MG IRON/5 ML, 200 MG IRON/10 ML, 50 MG IRON/2.5 ML INTRAVENOUS SOLUTION (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
<i>vitamin d2 50,000 unit capsule (*)^{EC}</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>vitamin k 1 mg/0.5 ml injection solution (*)^{EC}</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>vitamin k1 10 mg/ml injection solution (*)^{EC}</i>	\$0 (Nivel 3)	
XENICAL 120 MG CAPSULE (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
<i>zinc chloride 10 mg/10 ml vial (*)^{EC}</i>	\$0 (Nivel 3)	

MEDICAMENTOS DE VENTA SIN RECETA MÉDICA

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>1-day 6.5 % vaginal ointment</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>cvs 12hr cold relief caplet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>12 hour decongestant er 120 mg tablet,extended release</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>12 hour nasal relief spray 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>12 hour nasal spray 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>12-hour cough relief 30 mg/5 ml oral suspension,extended release</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>24 hour allergy relief 50 mcg/actuation nasal spray,suspension</i>	\$0 (Nivel 4)	



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
24hour allergy 10 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
3 day vaginal 200 mg/5 gram (4 %) cream	\$0 (Nivel 4)	
3-day vaginal 2 % cream	\$0 (Nivel 4)	
8 hour pain reliever 650 mg tablet,extended release	\$0 (Nivel 4)	
A AND D (LAN, PET) TOPICAL OINTMENT	\$0 (Nivel 4)	
ABREVA 10 % TOPICAL CREAM	\$0 (Nivel 4)	
ACEPHEN 120 MG RECTAL SUPPOSITORY	\$0 (Nivel 4)	
acephen 325 mg, 650 mg rectal suppository	\$0 (Nivel 4)	
acetadryl 25 mg-500 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
acetaminophen 120 mg, 650 mg suppos; acetaminophen 160 mg/5 ml (5 ml), 325 mg/10.15 ml, 650 mg/20.3 ml; acetaminophen 160 mg/5 ml elx; acetaminophen 160 mg/5 ml liq; acetaminophen 160 mg/5 ml sol; acetaminophen 160 mg/5 ml susp; acetaminophen 325 mg, 500 mg, 80 mg rapid tab; acetaminophen 80 mg tab chew; acetaminophen 80 mg/0.8 ml drp; acetaminophen er 650 mg tablet; eq acetaminophen 325 mg, 500 mg, 80 mg gelcap; eq acetaminophen 325 mg, 500 mg, 80 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
acetaminophen extra strength 500 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
acetaminophen pain relief 500 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
acetaminophen pm 25 mg-500 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
acetaminophen pm extra strength 25 mg-500 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
acid control (ranitidine) 150 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
acid controller 10 mg, 20 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
acid controller complete 10 mg-800 mg-165 mg chewable tablet	\$0 (Nivel 4)	
acid gone antacid 95 mg-358 mg/15 ml oral suspension	\$0 (Nivel 4)	
acid gone antacid extra strength 160 mg-105 mg chewable tablet	\$0 (Nivel 4)	
acid reducer (cimetidine) 200 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
acid reducer (famotidine) 10 mg, 20 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
acid reducer (ranitidine) 150 mg, 75 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
acid reducer complete (famotidine) 10 mg-800 mg-165 mg chewable tablet	\$0 (Nivel 4)	
pv acid relief 200 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
acne cleansing bar 10 %	\$0 (Nivel 4)	
acne control cleanser 10 % cream	\$0 (Nivel 4)	
acne foaming wash 10 % topical cleanser	\$0 (Nivel 4)	
acne medication 10 % topical gel	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
ACNE MEDICATION 10 %, 5 % LOTION; ACNE MEDICATION 5 % TOPICAL GEL	\$0 (Nivel 4)	
acne treatment (benzoyl peroxide) 10 % topical gel	\$0 (Nivel 4)	
acne vanishing 10 % cream	\$0 (Nivel 4)	
acne-clear 10 % topical gel	\$0 (Nivel 4)	
acticon (dextbrompheniramine-pseudoephedrine) 2 mg-60 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
actinel 30 mg-15 mg-200 mg/5 ml oral solution	\$0 (Nivel 4)	
actinel pediatric 15 mg-5 mg-50 mg/5 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
actisep 2 %-0.5 %-0.1 % mucosal spray	\$0 (Nivel 4)	
added strength headache relief 250 mg-250 mg-65 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
adt robitussin peak cld dm max	\$0 (Nivel 4)	
adult cough formula dm max 10 mg-200 mg/5 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
adult nasal decongestant 15 mg/5 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
ADT ROBITUSSIN NGT M-S COLD LQ	\$0 (Nivel 4)	
adult robitussin peak cold dm 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
adult tussin cough congestion dm 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
adult tussin dm 10 mg-100 mg/5 ml syrup	\$0 (Nivel 4)	
adult tussin multi-symptom cold 5 mg-10 mg-100 mg/5 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
adult wal-tussin 100 mg/5 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
adult wal-tussin dm max 10 mg-200 mg/5 ml oral liquid	\$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	\$0 (Nivel 4)	
advanced exfoliating cleanser 5 % topical	\$0 (Nivel 4)	
advanced formula eye drops 0.05 %-0.1 %-1 %-1 %	\$0 (Nivel 4)	
advil 100 mg chewable tablet; advil 100 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
ADVIL 200 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
ADVIL ALLERGY SINUS 2 MG-30 MG-200 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
ADVIL ALLERGY-CONGESTION RELIEF 4 MG-10 MG-200 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
ADVIL COLD AND SINUS 30 MG-200 MG CAPSULE; ADVIL COLD AND SINUS 30 MG-200 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
ADVIL LIQUI-GEL 200 MG CAPSULE	\$0 (Nivel 4)	
ADVIL MIGRAINE 200 MG CAPSULE	\$0 (Nivel 4)	
ADVIL PM 200 MG-38 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
ADVIL PM LIQUI-GELS 200 MG-25 MG CAPSULE	\$0 (Nivel 4)	
af 1 % topical spray powder	\$0 (Nivel 4)	
AFRIN (OXYMETAZOLINE) 0.05 % NASAL SPRAY	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>afrin no drip (oxymetazoline) 0.05 % nasal mist</i>	\$0 (Nivel 4)	
AFRIN SINUS (OXYMETAZOLINE) 0.05 % NASAL SPRAY	\$0 (Nivel 4)	
<i>aftera 1.5 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
ALA-HIST DM LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
<i>ala-hist ir 2 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
ALA-HIST PE 2 MG-10 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
ALA SEB SHAMPOO	\$0 (Nivel 4)	
<i>alavert 10 mg disintegrating tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>alavert d-12 allergy-sinus 5 mg-120 mg tablet,extended release</i>	\$0 (Nivel 4)	
ALAWAY 0.025 % (0.035 %) EYE DROPS	\$0 (Nivel 4)	
ALCOHOL, RUBBING 70 % SOLUTION	\$0 (Nivel 4)	
<i>aler-cap 25 mg capsule</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>alertness aid 200 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
ALEVAZOL 1 % TOPICAL OINTMENT	\$0 (Nivel 4)	
ALEVE 220 MG CAPSULE; ALEVE 220 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
ALEVE COLD AND SINUS 220 MG-120 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	\$0 (Nivel 4)	
ALEVE SINUS AND HEADACHE 220 MG-120 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	\$0 (Nivel 4)	
ALEVE-D SINUS AND COLD 220 MG-120 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	\$0 (Nivel 4)	
ALEVE-D SINUS AND HEADACHE 220 MG-120 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	\$0 (Nivel 4)	
ALKA-SELTZER ORIGINAL 325 MG-1,916 MG-1,000 MG EFFERVESCENT TABLET	\$0 (Nivel 4)	
<i>alka-seltzer plus allergy 25 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
ALKA-SELTZER PLUS COLD (PE) 2 MG-7.8 MG-325 MG EFFERVESCENT TABLET	\$0 (Nivel 4)	
<i>alka-seltzer plus day 5 mg-10 mg-325 mg capsule</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>alka-seltzer plus mucus-congestion 10 mg-200 mg capsule</i>	\$0 (Nivel 4)	
ALKA-SELTZER PLUS NIGHT 6.25 MG-5 MG-10 MG-325 MG CAPSULE	\$0 (Nivel 4)	
ALKA-SELTZER PLUS SINUS-ALLERGY-CGH 6.25 MG-5 MG-10 MG-325 MG CAPSULE	\$0 (Nivel 4)	
<i>alka-seltzer plus sinus-cough 5 mg-10 mg-325 mg capsule</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>all day allergy (cetirizine) 10 mg chewable tablet; all day allergy (cetirizine) 10 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>all day allergy relief (cetirizine) 10 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>all day allergy-d 5 mg-120 mg tablet,extended release</i>	\$0 (Nivel 4)	



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>all day pain relief sinus and cold 220 mg-120 mg tablet,extend release</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>all day relief 220 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>all-nite cold-flu 6.25 mg-15 mg-325 mg/15 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
ALLEGRA ALLERGY 180 MG, 60 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
ALLEGRA-D 12 HOUR 60 MG-120 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	\$0 (Nivel 4)	
ALLER-CHLOR 2 MG/5 ML SYRUP	\$0 (Nivel 4)	
<i>aller-ease 180 mg, 60 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>aller-fex 180 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>aller-flo 50 mcg/actuation nasal spray,suspension</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>aller-g-time 25 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>aller-tec 10 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>aller-tec d 5 mg-120 mg tablet,extended release</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>allerclear 10 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>allerclear d-12hr 5 mg-120 mg tablet,extended release</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>allerclear d-24hr 10 mg-240 mg tablet,extended release</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>sb allerfed cold-allergy tab</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>allergy 25 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>allergy (chlorpheniramine) 4 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>allergy (diphenhydramine) 25 mg capsule; allergy (diphenhydramine) 25 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>allergy 4-hour 4 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>allergy and cold pe 12.5 mg-5 mg-325 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>allergy and congestion relief 10 mg-240 mg tablet,extend release 24 hr; allergy and congestion relief 5 mg-120 mg tablet,extend release 12 hr</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>allergy complete-d 5 mg-120 mg tablet,extended release</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>pv allergy 2% cream</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>allergy d-12 5 mg-120 mg tablet,extended release</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>allergy eye (ketotifen) 0.025 % (0.035 %) drops</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>allergy eye (naphazoline-pheniramine) 0.025 %-0.3 % drops</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>ra allergy multi-symptom cplt</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>allergy medication 25 mg capsule</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>allergy medicine 12.5 mg/5 ml oral liquid; allergy medicine 25 mg capsule; allergy medicine 25 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>allergy multi-symptom 2 mg-5 mg-325 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>allergy plus severe sinus ha 25 mg-5 mg-325 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
allergy relief (cetirizine) 1 mg/ml oral solution; allergy relief (cetirizine) 10 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
allergy relief (clemastine) 1.34 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
allergy relief (fexofenadine) 180 mg, 60 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
allergy relief (fluticasone) 50 mcg/actuation nasal spray,suspension	\$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	\$0 (Nivel 4)	
allergy relief d-24 10 mg-240 mg tablet,extended release	\$0 (Nivel 4)	
allergy relief d12 5 mg-120 mg tablet,extended release	\$0 (Nivel 4)	
allergy relief multi-symptom 2 mg-5 mg-325 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
allergy relief(chlorpheniramine-acetaminophen) 2 mg-5 mg-325 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
allergy relief (chlorpheniramine) 4 mg tablet; allergy relief (chlorpheniramine) er 12 mg tablet,extended release	\$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	\$0 (Nivel 4)	
allergy relief and nasal decongestant 10 mg-240 mg tablet,extended rel	\$0 (Nivel 4)	
allergy relief-d (loratadine) 5 mg-120 mg tablet,extended release	\$0 (Nivel 4)	
allergy relief-d (fexofenadine) 60 mg-120 mg tablet,extended release	\$0 (Nivel 4)	
pv allergy rlf-sinus headache	\$0 (Nivel 4)	
allergy sinus headache (pe) 12.5 mg-5 mg-325 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
allergy sinus pe 2 mg-5 mg-325 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
allergy plus congestn relief-d(cetiriz) 5 mg-120 mg tablet,ext.release	\$0 (Nivel 4)	
allergy-congestion relief-d (fexo) 60 mg-120 mg tablet,extend release	\$0 (Nivel 4)	
allergy-congestion relief-d 10 mg-240 mg tablet,extended release 24 hr; allergy-congestion relief-d 5 mg-120 mg tablet,extended release 12 hr	\$0 (Nivel 4)	
allergy-time 4 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
allerhist-1 1.34 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
ALLFEN 400 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
allfen dm 20 mg-400 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
ALLI 60 MG CAPSULE	\$0 (Nivel 4)	
ALMACONE 200 MG-200 MG-20 MG/5 ML ORAL SUSPENSION; ALMACONE 200 MG-200 MG-25 MG CHEWABLE TABLET	\$0 (Nivel 4)	
almacone-2 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral suspension	\$0 (Nivel 4)	
aloe burn relief 0.5 % topical spray	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
ALOE VESTA 36% PROTECTIVE SPRY; ALOE VESTA 43 % TOPICAL OINTMENT	\$0 (Nivel 4)	
aloe vesta antifungal (miconazole) 2 % topical ointment	\$0 (Nivel 4)	
ALOE VESTA SKIN CONDITIONER 2	\$0 (Nivel 4)	
alophen 5 mg tablet, delayed release	\$0 (Nivel 4)	
altachlore 5 % eye drops; altachlore 5 % eye ointment	\$0 (Nivel 4)	
altamist 0.65 % nasal spray aerosol	\$0 (Nivel 4)	
altazine 0.05 % eye drops	\$0 (Nivel 4)	
altipres 5 mg-10 mg-200 mg/5 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
altipres-b 4 mg-10 mg-20 mg/5 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
aluminum hydroxide gel	\$0 (Nivel 4)	
ambi 10peh-4cpm tablet	\$0 (Nivel 4)	
ambi 60pse-400gfn tablet	\$0 (Nivel 4)	
ambi 60pse-4cpm tablet	\$0 (Nivel 4)	
amlactin 12 % lotion	\$0 (Nivel 4)	
gnp iodides tincture	\$0 (Nivel 4)	
ammonium lactate 12% cream; ammonium lactate 12% lotion ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
anecream5 5 % topical	\$0 (Nivel 4)	
anefrin 0.05 % nasal mist; anefrin 0.05 % nasal spray	\$0 (Nivel 4)	
antacid (calcium carbonate) 200 mg calcium (500 mg), 200 mg calcium (500 mg), 215 mg calcium (500 mg) chewable tablet	\$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	\$0 (Nivel 4)	
antacid anti-gas (calcium carb-simeth) 1,000 mg-60 mg chewable tablet	\$0 (Nivel 4)	
antacid anti-gas double str 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral suspension	\$0 (Nivel 4)	
antacid calcium 215 mg calcium (500 mg) chewable tablet	\$0 (Nivel 4)	
antacid extra strength (mag carb-al hyd) 160 mg-105 mg chewable tablet	\$0 (Nivel 4)	
antacid extra strength (calcium carb) 300 mg (750 mg) chewable tablet	\$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	\$0 (Nivel 4)	
antacid liquid 200 mg-200 mg-20 mg/5 ml oral suspension	\$0 (Nivel 4)	
antacid m 200 mg-200 mg-20 mg/5 ml oral suspension	\$0 (Nivel 4)	
antacid maximum strength 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral suspension	\$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	\$0 (Nivel 4)	



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
antacid regular strength 200 mg-200 mg-20 mg/5 ml oral suspension	\$0 (Nivel 4)	
antacid ultra strength 1,177 mg, 400 mg calcium (1,000 mg) chewable tablet	\$0 (Nivel 4)	
cvs antacid-simethicone liquid	\$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	\$0 (Nivel 4)	
antacid-simethicone 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral suspension	\$0 (Nivel 4)	
anti-dandruff 1 % shampoo	\$0 (Nivel 4)	
anti-dandruff (coal tar) 0.5 % shampoo	\$0 (Nivel 4)	
anti-diarrhea 2 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
anti-diarrheal 262 mg/15 ml oral suspension	\$0 (Nivel 4)	
anti-diarrheal (loperamide) 1 mg/5 ml, 1 mg/7.5 ml oral liquid; anti-diarrheal (loperamide) 2 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
cvs anti-fungal 2% powder; pv anti-fungal 2% liquid spray	\$0 (Nivel 4)	
anti-gas ultra strength 180 mg capsule	\$0 (Nivel 4)	
anti-itch (hydrocortisone) 1 % topical cream; anti-itch (hydrocortisone) 1 % topical ointment	\$0 (Nivel 4)	
anti-itch (menthol/camphor) 0.5 %-0.5 % lotion	\$0 (Nivel 4)	
anti-itch (diphenhydramine) with zinc 2 %-0.1 % topical cream	\$0 (Nivel 4)	
anti-nausea oral solution	\$0 (Nivel 4)	
antibiotic (bacitracin zinc) 500 unit/gram topical ointment	\$0 (Nivel 4)	
antibiotic(neomy-bacit-polym) 3.5 mg-400 unit-5,000 unit/gram top oint	\$0 (Nivel 4)	
antibiotic plus (pramoxine) 3.5 mg-10,000 unit-10 mg/gram top cream	\$0 (Nivel 4)	
antibiotic plus pain relief 3.5 mg-10,000 unit-10 mg/gram top cream	\$0 (Nivel 4)	
antibiotic-pain relief(bacit)3.5 mg-500 unit-10,000 unit/gram ointment	\$0 (Nivel 4)	
antifungal (clotrimazole) 1 % topical cream	\$0 (Nivel 4)	
antifungal (terbinafine) 1 % topical cream	\$0 (Nivel 4)	
antifungal (tolnaftate) 1 % topical cream; antifungal (tolnaftate) 1 % topical powder; antifungal (tolnaftate) 1 % topical spray	\$0 (Nivel 4)	
antifungal cream 2 % topical	\$0 (Nivel 4)	
antifungal spray 1 % topical powder	\$0 (Nivel 4)	
antihistamine 25 mg capsule; antihistamine 25 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
antiseptic 10 % topical solution	\$0 (Nivel 4)	
antiseptic skin cleanser (chlorhexidine) 4 % liquid	\$0 (Nivel 4)	
antitussive dm 10 mg-100 mg/5 ml syrup	\$0 (Nivel 4)	
anu-med 0.25 % rectal suppository	\$0 (Nivel 4)	



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
ap-hist dm 4 mg-7.5 mg-15 mg/5 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
aprodine 2.5 mg-60 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
arthritis pain relief (acetaminophen) er 650 mg tablet,extend release	\$0 (Nivel 4)	
arthritis pain reliever 650 mg tablet,extended release	\$0 (Nivel 4)	
ARTIFICIAL TEARS (PETROLATUM/MINERAL OIL) 83 %-15 % EYE OINTMENT	\$0 (Nivel 4)	
artificial tears (pf) 0.1 %-0.3 % drops in a dropperette	\$0 (Nivel 4)	
artificial tears (dextran 70-hypromellose) 0.1 %-0.3 % eye drops; artificial tears (dextran 70-hypromellose) eye drops	\$0 (Nivel 4)	
pv artificial tears	\$0 (Nivel 4)	
artificial tears (polyvinyl alcohol/povidone) 0.5 %-0.6 % eye drops	\$0 (Nivel 4)	
aspir-81 81 mg tablet,delayed release	\$0 (Nivel 4)	
aspir-low 81 mg tablet,delayed release	\$0 (Nivel 4)	
aspir-trin 325 mg tablet,delayed release	\$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	\$0 (Nivel 4)	
aspirin childrens 81 mg chewable tablet	\$0 (Nivel 4)	
aspirin low dose 81 mg tablet,delayed release	\$0 (Nivel 4)	
cvs buffered aspirin 325 mg tb	\$0 (Nivel 4)	
ASTHMANEFRIN REFILL 2.25 % SOLUTION FOR NEBULIZATION	\$0 (Nivel 4)	
astringent 952 mg-1,347 mg topical powder in packet	\$0 (Nivel 4)	
athenol 325 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
athlete's foot 2 % powder; athlete's foot 2 % topical spray powder	\$0 (Nivel 4)	
athlete's foot (clotrimazole) 1 % topical cream	\$0 (Nivel 4)	
athlete's foot (tolnaftate) 1 % topical cream; athlete's foot (tolnaftate) 1 % topical spray; athlete's foot (tolnaftate) 1 % topical spray powder	\$0 (Nivel 4)	
athlete's foot af 1 % topical cream	\$0 (Nivel 4)	
athletic foot cream 1 % topical	\$0 (Nivel 4)	
AURO EARDROPS 6.5 %	\$0 (Nivel 4)	
awake 200 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
AYR SALINE 0.65 % NASAL SPRAY AEROSOL	\$0 (Nivel 4)	
azolen tincture 2 % topical	\$0 (Nivel 4)	
bacitracin 500 unit/gm ointmnt; bacitracin 500 unit/gm ointmnt	\$0 (Nivel 4)	
bacitracin zinc ointment; bacitracin zn 500 unit/gm oint	\$0 (Nivel 4)	
bacitracin-polymyxin ointment; bacitracin-polymyxin ointment	\$0 (Nivel 4)	



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>bacitracin plus 500 unit/gram topical ointment</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>balamine dm (chlorpheniramine-phenyleph) 2 mg-5 mg-10 mg/5 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>ban-acid 300 mg (750 mg) chewable tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>banophen 12.5 mg/5 ml oral liquid; banophen 25 mg tablet; banophen 25 mg, 50 mg capsule</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>banophen anti-itch 2 %-0.1 % topical cream</i>	\$0 (Nivel 4)	
BAYER ASPIRIN 325 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
BAYER CHEWABLE LOW DOSE ASPIRIN 81 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
<i>baza antifungal 2 % topical cream</i>	\$0 (Nivel 4)	
BENADRYL 25 MG CAPSULE	\$0 (Nivel 4)	
<i>benadryl extra strength 2 %-0.1 % topical cream</i>	\$0 (Nivel 4)	
BENZ-ALL TOPICAL LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
BENZEDREX NASAL INHALER	\$0 (Nivel 4)	
<i>benzepro 5.3 %, 9.8 % topical foam</i>	\$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% wash; benzoyl peroxide 6% cleanser</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>beta med 2 % shampoo</i>	\$0 (Nivel 4)	
BETADINE 10 % TOPICAL SOLUTION	\$0 (Nivel 4)	
<i>betasal 3 % shampoo</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>betasept surgical scrub 4 % topical liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>betatemp 160 mg/5 ml oral suspension</i>	\$0 (Nivel 4)	
BIO T PRES 5 MG-10 MG-200 MG/5 ML ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
<i>bio t pres-b 4 mg-10 mg-20 mg/5 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>bio-b kids 4 mg-10 mg-15 mg/5 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>biocotron 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
BIOCOTRON-D 5 MG-10 MG-200 MG/5 ML ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
<i>biodesp dm 5 mg-15 mg-100 mg/5 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
BION TEARS (PF) 0.1 %-0.3 % DROPS IN A DROPPERETTE	\$0 (Nivel 4)	
<i>bionel 30 mg-15 mg-200 mg/5 ml oral solution</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>bionel pediatric 15 mg-5 mg-50 mg/5 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>bisa-lax 5 mg tablet, delayed release</i>	\$0 (Nivel 4)	
BISAC-EVAC 10 MG RECTAL SUPPOSITORY	\$0 (Nivel 4)	
<i>bisacodyl 10 mg suppository; bisacodyl ec 5 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>biscolax 10 mg rectal suppository</i>	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
bismatrol 262 mg chewable tablet; bismatrol 262 mg/15 ml, 525 mg/15 ml oral suspension	\$0 (Nivel 4)	
bismuth 262 mg chewable tablet; bismuth 262 mg tablet; bismuth 262 mg/15 ml oral suspension	\$0 (Nivel 4)	
bismuth 262 mg tablet chew	\$0 (Nivel 4)	
blis-to-sol (tolnaftate) 1 % topical solution	\$0 (Nivel 4)	
BONINE 25 MG CHEWABLE TABLET	\$0 (Nivel 4)	
bp 10 %, 5 % topical gel	\$0 (Nivel 4)	
bp foam 5.3 %, 9.8 % topical	\$0 (Nivel 4)	
bp wash 10 %, 5 % topical cleanser	\$0 (Nivel 4)	
bpo-10 10 % topical cleanser	\$0 (Nivel 4)	
bpo-5 5 % topical cleanser	\$0 (Nivel 4)	
brohist d 4 mg-10 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
bpm-dm-phen syrup	\$0 (Nivel 4)	
bronchial asthma relief 12.5 mg-200 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
BROTAPP 1 MG-15 MG/5 ML ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
BROTAPP DM 1 MG-15 MG-5 MG/5 ML ORAL ELIXIR	\$0 (Nivel 4)	
BROVEX PEB DM 4 MG-10 MG-20 MG/5 ML ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
buffered aspirin 325 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
bufferin 325 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
burn relief 0.5 % topical spray	\$0 (Nivel 4)	
burn relief with aloe 0.5 % topical spray	\$0 (Nivel 4)	
cvs caffeine 200 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
calaclear lotion	\$0 (Nivel 4)	
CALADRYL 1 %-8 % LOTION	\$0 (Nivel 4)	
calagesic 1 %-8 % lotion	\$0 (Nivel 4)	
calahist clear lotion	\$0 (Nivel 4)	
calahist with pramoxine 1 %-8 % lotion	\$0 (Nivel 4)	
pv calamine lotion	\$0 (Nivel 4)	
calamine medicated 1 %-8 % lotion	\$0 (Nivel 4)	
sm calamine phenolated lotion	\$0 (Nivel 4)	
calamine plus (pramoxine-calamine) 1 %-8 % lotion	\$0 (Nivel 4)	
gnp calamine suspension	\$0 (Nivel 4)	
gnp calamine suspension	\$0 (Nivel 4)	
calcium 600 600 mg calcium (1,500 mg) tablet	\$0 (Nivel 4)	



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
calcium 600 + d(3) 600 mg (1,500 mg)-200 unit tablet	\$0 (Nivel 4)	
calcium 600 with vitamin d3 600 mg (1,500 mg)-200 unit tablet	\$0 (Nivel 4)	
calcium antacid 200 mg calcium (500 mg), 300 mg (750 mg), 320 mg calcium (750 mg), 400 mg calcium (1,000 mg) chewable tablet	\$0 (Nivel 4)	
calcium antacid tropical 300 mg (750 mg) chewable tablet	\$0 (Nivel 4)	
calcium antacid ultra max st 400 mg calcium (1,000 mg) chewable tablet	\$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	\$0 (Nivel 4)	
calcium carb 500 mg tab chew; calcium carbonate 750 mg chew	\$0 (Nivel 4)	
calcium 250-vit d3 125 tablet; calcium 500+d tablet chew; calcium 500-vit d3 200 tablet; calcium 600-vit d3 200 tablet; calcium 600-vit d3 800 caplet; calcium-500 mg tablet chewable; gnp calcium 500-vit d3 600 tab	\$0 (Nivel 4)	
calcium polycarbophil 625 mg	\$0 (Nivel 4)	
caldyphen 1 %-8 % lotion	\$0 (Nivel 4)	
caldyphen clear lotion	\$0 (Nivel 4)	
callergy clear lotion	\$0 (Nivel 4)	
CAPCOF 2 MG-5 MG-10 MG/5 ML ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
CAPMIST DM 60 MG-15 MG-400 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
CAPRON DM 7.5 MG-7.5 MG/5 ML ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
carbamoxide ear drops 6.5 %	\$0 (Nivel 4)	
CARRINGTON MOIST BARRIER-ZINC 10 %-78 % TOPICAL CREAM	\$0 (Nivel 4)	
CARRINGTON MOISTURE BARRIER CR 61 % TOPICAL CREAM	\$0 (Nivel 4)	
CEPACOL SORE THROAT (BENZOCAINE-MENTHOL) 15 MG-3.6 MG LOZENGES	\$0 (Nivel 4)	
CEPACOL SORETHROAT-COUGH 5 MG-7.5 MG LOZENGES	\$0 (Nivel 4)	
cetiri-d 5 mg-120 mg tablet,extended release	\$0 (Nivel 4)	
cetirizine hcl 1 mg/ml soln ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (300 cada 30 días)
cetirizine hcl 10 mg, 5 mg chew tab; cetirizine hcl 10 mg, 5 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
cetirizine-pse er 5-120 mg tab	\$0 (Nivel 4)	
cheratussin ac 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
cheratussin dac syrup	\$0 (Nivel 4)	
chest congestion relief 400 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
chest congestion relief + dm 20 mg-400 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
pv chest congest relief cplt	\$0 (Nivel 4)	
chest congestion relief pe 10 mg-400 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
chest rub 4.8 %-1.2 %-2.6 % topical ointment	\$0 (Nivel 4)	
children's allergy relief (cetirizine) 1 mg/ml oral solution; children's allergy relief (cetirizine) 10 mg chewable tablet	\$0 (Nivel 4)	
cvs child aspirin chew tab	\$0 (Nivel 4)	
cvs chest congest + cough liq	\$0 (Nivel 4)	
cvs cough & sore throat susp	\$0 (Nivel 4)	
child delsym cough+chest dm lq	\$0 (Nivel 4)	
CHILD DELSYM COUGH+COLD NIGHT	\$0 (Nivel 4)	
child ibuprofen 100 mg/5 ml oral suspension	\$0 (Nivel 4)	
children's mucinex chest congestion 100 mg/5 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
CHILDREN MUCINEX CONGESTION-COUGH 2.5 MG-5 MG-100 MG/5 ML ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
CHILD MUCINEX M-S COLD DAY-NITE 325 MG-12.5 MG-5 MG/10 ML(NT) ORAL LIQ	\$0 (Nivel 4)	
CHILDREN'S MUCINEX STUFFY NOSE AND COLD 2.5 MG-100 MG/5 ML ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
child mucus relief cough 5 mg-100 mg/5 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
child mucus relief expectorant 100 mg/5 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
child multi-symptom cold-fever 5 mg-10 mg-325 mg/10 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
child multi-symptom cold/cough 2.5 mg-5 mg-100 mg/5 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
pv child non-aspirin 80 mg tab	\$0 (Nivel 4)	
children's pain reliever and fever reducer 120 mg rectal suppository	\$0 (Nivel 4)	
children's triaminic cold and allergy 1 mg-2.5 mg/5 ml oral solution	\$0 (Nivel 4)	
child triaminic cough-congestion 5 mg-100 mg/5 ml syrup	\$0 (Nivel 4)	
chld triaminic cgh-sor thr sus	\$0 (Nivel 4)	
children's triaminic ms fevcold 1 mg-2.5 mg-5 mg-160 mg/5 ml oral susp	\$0 (Nivel 4)	
children's wal-tap cold-allergy 1 mg-2.5 mg/5 ml oral solution	\$0 (Nivel 4)	
children's all day allergy (cetirizine) 1 mg/ml oral solution	\$0 (Nivel 4)	
child's mucus relief m-s cold 2.5 mg-5 mg-100 mg/5 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
children night time cold-cough 6.25 mg-2.5 mg/5 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
children's acetaminophen 80 mg chewable tablet; children's acetaminophen 80 mg disintegrating tablet	\$0 (Nivel 4)	
children's advil 100 mg/5 ml oral suspension	\$0 (Nivel 4)	
CHILDREN'S ALLEGRA ALLERGY 30 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	\$0 (Nivel 4)	
children's aller-tec 1 mg/ml oral solution	\$0 (Nivel 4)	
children's allergy (diphenhydramine) 12.5 mg/5 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
children's allergy complete 1 mg/ml oral solution	\$0 (Nivel 4)	
children's allergy relief (fexofenadine) 30 mg/5 ml oral suspension	\$0 (Nivel 4)	
children's allergy relief (loratadine) 5 mg/5 ml oral solution	\$0 (Nivel 4)	
children's allergy (cetirizine) 1 mg/ml oral solution	\$0 (Nivel 4)	
children's aspirin 81 mg chewable tablet	\$0 (Nivel 4)	
children's cetirizine 1 mg/ml oral solution; children's cetirizine 10 mg, 5 mg chewable tablet	\$0 (Nivel 4)	
children's chest congestion 100 mg/5 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
CHILDREN'S CLARITIN 5 MG CHEWABLE TABLET; CHILDREN'S CLARITIN 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 4)	
children's cold and cough (pe) 1 mg-2.5 mg-5 mg/5 ml oral solution	\$0 (Nivel 4)	
children's cold and cough dm 1 mg-2.5 mg-5 mg/5 ml oral solution	\$0 (Nivel 4)	
children's cold-allergy (phenylephrine) 1 mg-2.5 mg/5 ml oral solution	\$0 (Nivel 4)	
children's cold-cough daytime 2.5 mg-5 mg/5 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
children's cold-cough-sore throat 5 mg-10 mg-325 mg/10 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
children's cough 5 mg-100 mg/5 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
children's cough dm er 30 mg/5 ml oral suspension,extended release	\$0 (Nivel 4)	
children's cough and cold relief 2 mg-15 mg/15 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
CHILDREN'S DELSYM COUGH 30 MG/5 ML ORAL SUSPENSION,EXTENDED RELEASE	\$0 (Nivel 4)	
children's dibromm cold and allergy 1 mg-2.5 mg/5 ml oral solution	\$0 (Nivel 4)	
children's dibromm dm cold-cough 1 mg-2.5 mg-5 mg/5 ml oral solution	\$0 (Nivel 4)	
children's easy-melts 80 mg disintegrating tablet	\$0 (Nivel 4)	
children's fever reducing 120 mg rectal suppository	\$0 (Nivel 4)	
CHILDREN'S FLONASE ALLERGY RELIEF 50 MCG/ACTUATION NASAL SPRAY,SUSP	\$0 (Nivel 4)	
children's flu relief 1 mg-2.5 mg-5 mg-160 mg/5 ml oral suspension	\$0 (Nivel 4)	
child ibu-drops 50 mg/1.25 ml	\$0 (Nivel 4)	
children's ibuprofen 100 mg/5 ml oral suspension	\$0 (Nivel 4)	
children mult-sympt cold day-nite 325 mg-12.5 mg-5 mg/10 ml(nt) liquid	\$0 (Nivel 4)	
children's mapap 80 mg disintegrating tablet	\$0 (Nivel 4)	
CHILDREN'S MUCINEX COLD-FEVER 5 MG-10 MG-325 MG/10 ML ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
children's mucinex cough 5 mg-100 mg/5 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
CHILDREN'S MUCINEX MULTI-SYMPTOM 2.5 MG-5 MG-100 MG/5 ML ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
CHILDREN'S MUCINEX NIGHT TIME 12.5 MG-5 MG-325 MG/10 ML ORAL LIQUID	\$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	\$0 (Nivel 4)	
children's pain relief 160 mg/5 ml oral suspension; eql child pain rlf 160 mg/5 ml	\$0 (Nivel 4)	
children's pain reliever 160 mg/5 ml oral suspension; children's pain reliever 80 mg disintegrating tablet; sm pain reliever chew tab	\$0 (Nivel 4)	
children's pain and fever relief 160 mg disintegrating tablet; children's pain and fever relief 160 mg/5 ml oral liquid; children's pain and fever relief 160 mg/5 ml, 160 mg/5 ml oral suspension	\$0 (Nivel 4)	
children's pepto 400 mg chewable tablet	\$0 (Nivel 4)	
children's plus flu 1 mg-2.5 mg-5 mg-160 mg/5 ml oral suspension	\$0 (Nivel 4)	
children's profen ib 100 mg/5 ml oral suspension	\$0 (Nivel 4)	
children's q-pap 160 mg/5 ml	\$0 (Nivel 4)	
children's saline nasal spray 0.65 % aerosol	\$0 (Nivel 4)	
children's silapap 160 mg/5 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
children's silfedrine 15 mg/5 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
children's soothe 400 mg chewable tablet	\$0 (Nivel 4)	
children's stuffy nose-cold 2.5 mg-100 mg/5 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
children's sudafed 15 mg/5 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
children's sudafed pe cough and cold 2.5 mg-5 mg/5 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
children's tactinal 80 mg chewable tablet	\$0 (Nivel 4)	
children's wal-dryl allergy 12.5 mg/5 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
children's wal-fex 30 mg/5 ml oral suspension	\$0 (Nivel 4)	
children's wal-zyr 1 mg/ml oral solution; children's wal-zyr 10 mg chewable tablet	\$0 (Nivel 4)	
CHILDREN'S ZYRTEC ALLERGY 1 MG/ML ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 4)	
children's cold & allergy elxr	\$0 (Nivel 4)	
children's plus multi-symp cold 1 mg-2.5 mg-5 mg-160 mg/5 ml oral susp	\$0 (Nivel 4)	
CHLO TUSS 1 MG-30 MG-12.5 MG/5 ML ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
25cpd-200gfn liquid	\$0 (Nivel 4)	
CHLOR-TRIMETON 4 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
chloraseptic throat spray 1.4 % aerosol	\$0 (Nivel 4)	
chlorhexidine 4% scrub	\$0 (Nivel 4)	
chlorhist 4 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
chlorphen sr 12 mg tablet, extended release	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
chlorpheniramine er 12 mg tab; qc chlorpheniramine 4 mg tab	\$0 (Nivel 4)	
2cpm-15dm-5peh liquid	\$0 (Nivel 4)	
chlortabs 4 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
chocolate laxative 15 mg chewable tablet	\$0 (Nivel 4)	
cimetidine 200 mg, 300 mg, 400 mg, 800 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
citrate of magnesia oral	\$0 (Nivel 4)	
CITROMA ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 4)	
citruceal 500 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
clarispray 50 mcg/actuation nasal spray,suspension	\$0 (Nivel 4)	
CLARITIN 10 MG TABLET; CLARITIN 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 4)	
CLARITIN LIQUI-GEL 10 MG CAPSULE	\$0 (Nivel 4)	
CLARITIN REDITABS 10 MG, 5 MG DISINTEGRATING TABLET	\$0 (Nivel 4)	
CLARITIN-D 12 HOUR 5 MG-120 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	\$0 (Nivel 4)	
CLARITIN-D 24 HOUR 10 MG-240 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	\$0 (Nivel 4)	
CLEAR EYES REDNESS RELIEF 0.012 %-0.2 % DROPS	\$0 (Nivel 4)	
clearasil daily clear (benzoyl peroxide) 10 % topical cream	\$0 (Nivel 4)	
clearlax 17 gram/dose oral powder	\$0 (Nivel 4)	
clotrim 1% vaginal cream	\$0 (Nivel 4)	
clotrimazole 1% cream; clotrimazole 1% solution; clotrimazole 10 mg troche ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
clotrimazole 3 day 2 % vaginal cream	\$0 (Nivel 4)	
clotrimazole af 1 % topical cream	\$0 (Nivel 4)	
clotrimazole-3 2 % vaginal cream	\$0 (Nivel 4)	
clotrimazole-7 1 % vaginal cream	\$0 (Nivel 4)	
cloverine topical ointment	\$0 (Nivel 4)	
codeine-guaifen 10-100 mg/5 ml	\$0 (Nivel 4)	
codituss dm syrup	\$0 (Nivel 4)	
col-rite 100 mg, 250 mg capsule	\$0 (Nivel 4)	
COLACE 100 MG CAPSULE	\$0 (Nivel 4)	
cold and allergy 4 mg-10 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
cold and allergy (bromphen-pe) 1 mg-2.5 mg/5 ml oral solution	\$0 (Nivel 4)	
cold and allergy pe 4 mg-10 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
sm cold & allergy tablet	\$0 (Nivel 4)	
cold and cough (diphenhydr-pe) 6.25 mg-2.5 mg/5 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
cold and cough dm 1 mg-2.5 mg-5 mg/5 ml oral solution	\$0 (Nivel 4)	
cold and cough elixir 1 mg-2.5 mg-5 mg/5 ml oral solution	\$0 (Nivel 4)	
cold and flu relief (diphen-pe) 12.5 mg-5 mg-325 mg/10 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
cold and flu severe 5 mg-10 mg-325 mg-200 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
cold and sinus multi-symptom 10 mg-650 mg-400 mg/20 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
cold and sinus pain relief 30 mg-200 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
pv cold head congestion caplet	\$0 (Nivel 4)	
cold head congestion day/nite 2 mg-5 mg-10 mg-325 mg tablets	\$0 (Nivel 4)	
cold head congestion nighttime 2 mg-5 mg-10 mg-325 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
cold head congestion severe daytime 5 mg-10 mg-325 mg-200 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
cold multi-symptom 5 mg-10 mg-325 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
cold multi-symptom (chlorpheniramine) 2 mg-5 mg-10 mg-325 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
cold multi-symptom day/night 2 mg-5 mg-10 mg-325 mg tablets	\$0 (Nivel 4)	
cold multisymptom nighttime 6.25 mg-5 mg-10 mg-325 mg/15 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
cold relief 2 mg-7.8 mg-325 mg effervescent tablet	\$0 (Nivel 4)	
cold relief multi-symptom day/night 2 mg-5 mg-10 mg-325 mg tablets	\$0 (Nivel 4)	
cold relief plus 2 mg-7.8 mg-325 mg effervescent tablet	\$0 (Nivel 4)	
cold severe congestion 5 mg-10 mg-325 mg-200 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
cold-flu relief 12.5 mg-30 mg-1,000 mg/30 ml oral liquid; cold-flu relief 5 mg-10 mg-325 mg/15 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
cold-sinus relief 30 mg-200 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
COLEMAN 100 MAX INSECT REPELLENT 98.11 % TOPICAL PUMP SPRAY; COLEMAN 100 MAX INSECT REPELLENT 98.11 % TOPICAL SPRAY	\$0 (Nivel 4)	
COLEMAN BOTANICALS INSECT REPELLENT 30 % TOPICAL SPRAY	\$0 (Nivel 4)	
COLEMAN HIGH AND DRY INSECT REPELLENT 25 % TOPICAL SPRAY POWDER	\$0 (Nivel 4)	
COLEMAN SKINSMART INSECT REPELLENT 20 % TOPICAL PUMP SPRAY; COLEMAN SKINSMART INSECT REPELLENT 20 % TOPICAL SPRAY	\$0 (Nivel 4)	
COLEMAN SPORTSMEN INSECT REPELLENT 40 % TOPICAL SPRAY	\$0 (Nivel 4)	
comfort gel 200 mg-200 mg-20 mg/5 ml oral suspension	\$0 (Nivel 4)	
comfort gel extra strength 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral suspension	\$0 (Nivel 4)	
complete 10 mg-800 mg-165 mg chewable tablet	\$0 (Nivel 4)	
complete allergy 12.5 mg/5 ml oral liquid; complete allergy 25 mg capsule; complete allergy 25 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
complete allergy medicine 25 mg capsule; complete allergy medicine 25 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
complete lice treatment 4 %-0.33 %-0.5 % topical kit	\$0 (Nivel 4)	
COMPOUND W 17 % TOPICAL GEL	\$0 (Nivel 4)	
compoz 25 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
CONEX 1 MG-30 MG/5 ML ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 4)	
conex 2 mg-60 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
congest-eze 60 mg-400 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
congest-eze pe 10 mg-400 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
congestac tablet	\$0 (Nivel 4)	
congestion relief (ibuprofen-phenylephrine) 200 mg-10 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
contac cold-flu night 12.5 mg-30 mg-1,000 mg/30 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
coricidin hbp 10 mg-200 mg capsule	\$0 (Nivel 4)	
CORICIDIN HBP 2 MG-15 MG-500 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
coricidin hbp cold and flu 2 mg-325 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
coricidin hbp cold-multi symptom 6.25 mg-15 mg-325 mg/15 ml oral liqd	\$0 (Nivel 4)	
CORICIDIN HBP COUGH AND COLD 4 MG-30 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
CORRECTOL 5 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
CORTAID 1 % TOPICAL CREAM	\$0 (Nivel 4)	
cortizone-10 1 % topical cream; cortizone-10 1 % topical ointment	\$0 (Nivel 4)	
cortizone-10 plus 1 % topical cream	\$0 (Nivel 4)	
cough and cold 5 mg-10 mg-100 mg/5 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
cough and cold (chlorpheniramine-dm) 4 mg-30 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
cough and cold bp 4 mg-30 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
cough and cold mucus relief cf 5 mg-10 mg-200 mg/5 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
cough and severe cold 25 mg-10 mg-650 mg oral powder packet	\$0 (Nivel 4)	
cough control (dextromethorphan) 15 mg capsule	\$0 (Nivel 4)	
sb cough control cf liquid	\$0 (Nivel 4)	
cough control dm 10 mg-100 mg/5 ml syrup; sb cough control dm liquid	\$0 (Nivel 4)	
cough dm er 30 mg/5 ml oral suspension,extended release	\$0 (Nivel 4)	
cough drops 5 mg, 9.1 mg	\$0 (Nivel 4)	
cough formula dm 10 mg-100 mg/5 ml syrup	\$0 (Nivel 4)	
cough relief 15 mg/5 ml oral liquid; pv cough relief 15 mg softgel	\$0 (Nivel 4)	
cough suppressant-expectorant 10 mg-100 mg/5 ml syrup	\$0 (Nivel 4)	
cough syrup 100 mg/5 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
cough syrup dm 10 mg-100 mg/5 ml	\$0 (Nivel 4)	
cough-chest congestion dm 5 mg-100 mg/5 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
cough-cold relief hbp 4 mg-30 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
cough-sore throat night 12.5 mg-30 mg-1,000 mg/30 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
coughtab 200 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
coughtab 400 400 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
creamy acne face 4 % topical cleanser	\$0 (Nivel 4)	
CRITIC-AID 20 %-51 % TOPICAL PASTE	\$0 (Nivel 4)	
critic-aid clear af 2 % topical ointment	\$0 (Nivel 4)	
cutter backwoods 25 % topical pump spray; cutter backwoods 25 % topical spray	\$0 (Nivel 4)	
cutter backwoods dry 25 % topical spray	\$0 (Nivel 4)	
cutter lemon eucalyptus 30 % topical spray	\$0 (Nivel 4)	
cutter natural insect repellent 5 %-2 %-0.4 %-0.1 % topical spray	\$0 (Nivel 4)	
cutter natural insect repellent2 5 %-2 % topical spray	\$0 (Nivel 4)	
cutter skinsations 7 % topical spray	\$0 (Nivel 4)	
daily fiber 0.52 gram capsule	\$0 (Nivel 4)	
daily fiber (psyllium-sucrose) 3.4 gram/12 gram, 3.4 gram/7 gram oral powder	\$0 (Nivel 4)	
dallergy (chlorpheniramine-phenylephrine) 1 mg-2.5 mg/ml oral drops	\$0 (Nivel 4)	
DALLERGY (DEXBROMPHENIRAMINE-PE) 1 MG-5 MG TABLET; DALLERGY (DEXBROMPHENIRAMINE-PE) 1 MG-5 MG/5 ML ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
dayhist 1.34 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
dayhist allergy 1.34 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
daytime and nighttime cold 2 mg-5 mg-10 mg-325 mg tablets	\$0 (Nivel 4)	
daytime cold and cough 1,000 mg-30 mg/30 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
daytime cold-flu 5 mg-10 mg-325 mg/15 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
daytime cold and flu relief (phenylephrine) 5 mg-10 mg-325 mg capsule	\$0 (Nivel 4)	
daytime sinus 5 mg-325 mg capsule	\$0 (Nivel 4)	
daytime sinus-congestion cp	\$0 (Nivel 4)	
daytime-cold nighttime-cold-flu 10 mg-650 mg/20 ml(day-night) oral liq; daytime-cold nighttime-cold-flu 5 mg-325 mg-200 mg (day-night) tablets	\$0 (Nivel 4)	
DEBROX 6.5 % EAR DROPS	\$0 (Nivel 4)	
DECONEX DMX TABLET	\$0 (Nivel 4)	
DECONEX IR TABLET	\$0 (Nivel 4)	
deep sea nasal 0.65 % spray aerosol	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
delsym cough-chest congestion dm 5 mg-100 mg/5 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
DELSYM COUGH-COLD DAYTIME LIQ	\$0 (Nivel 4)	
DELSYM COUGH-COLD NIGHTTIME 12.5 MG-5 MG-325 MG/10 ML ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
dermafungal 2 % topical ointment	\$0 (Nivel 4)	
DERMAL WOUND CLEANSER 0.13 %	\$0 (Nivel 4)	
dermarest psoriasis medicated 3 % shampoo	\$0 (Nivel 4)	
dermasarra 0.5 %-0.5 % lotion	\$0 (Nivel 4)	
dermazinc shampoo 2 %	\$0 (Nivel 4)	
desenex 2 % topical powder	\$0 (Nivel 4)	
desgen dm 5 mg-10 mg-100 mg/5 ml oral liquid; desgen dm 5 mg-15 mg-100 mg/5 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
despec dm-g 5 mg-10 mg-100 mg/5 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
despec-dm (phenylephrine-dm-guaif) 5 mg-10 mg-100 mg/5 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
12.5cpd-1dcpm-30pse liquid	\$0 (Nivel 4)	
dextromethorphan er 30 mg/5 ml	\$0 (Nivel 4)	
guaifenesin dm 400-20 mg tab; guaifenesin dm syrup	\$0 (Nivel 4)	
dhs sal 3 % shampoo	\$0 (Nivel 4)	
DHS TAR 0.5 % SHAMPOO	\$0 (Nivel 4)	
DHS TAR GEL 0.5 % SHAMPOO	\$0 (Nivel 4)	
DHS ZINC 2 % SHAMPOO	\$0 (Nivel 4)	
diabetic siltussin das-na 100 mg/5 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
diabetic siltussin-dm 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
diabetic siltussin-dm max str 10 mg-200 mg/5 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
diabetic tussin dm 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
dialyvote 800 0.8 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
diamode 2 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
diaper rash relief 10 % topical ointment	\$0 (Nivel 4)	
diarrhea relief (bismuth subsalicylate) 262 mg/15 ml oral suspension	\$0 (Nivel 4)	
dibucaine 1% ointment	\$0 (Nivel 4)	
digestive relief 262 mg chewable tablet; digestive relief 262 mg tablet; digestive relief 262 mg/15 ml oral suspension	\$0 (Nivel 4)	
dimaphen (pe) 1 mg-2.5 mg/5 ml oral solution	\$0 (Nivel 4)	
dimetapp cold-allergy (pe) 1 mg-2.5 mg/5 ml oral solution	\$0 (Nivel 4)	
dimetapp cold-congestion 6.25 mg-2.5 mg/5 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>dimetapp dm cold-cough (pe) 1 mg-2.5 mg-5 mg/5 ml oral solution</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>dimetapp long-acting(chlorpheniramine-dm) 1 mg-7.5 mg/5 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
DIOCTO 50 MG/5 ML ORAL LIQUID; DIOCTO 60 MG/15 ML SYRUP	\$0 (Nivel 4)	
<i>dioctyl 60 mg/15 ml syrup</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>diotame 262 mg chewable tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>diphedryl 12.5 mg/5 ml oral liquid; diphedryl 25 mg capsule; diphedryl 25 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>diphedryl allergy 12.5 mg/5 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>diphenhist 12.5 mg/5 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>diphenhydramine 12.5 mg/5 ml; diphenhydramine 25 mg caplet; diphenhydramine 25 mg, 50 mg capsule; diphenhydramine cough syrup</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>25dph-7.5peh liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>enema ready to use</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>dm max 5 mg-100 mg/5 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>doc-q-lace 100 mg capsule</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>doc-q-lax tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>docu 50 mg/5 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>docuprene 100 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>docusate cal 240 mg softgel</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>docusate sod 60 mg/15 ml syr; docusate sodium 100 mg tablet; docusate sodium 100 mg, 250 mg softgel</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>docusil 100 mg capsule</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>dok 100 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>dok plus 8.6 mg-50 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
DOMEBORO 952 MG-1,347 MG TOPICAL POWDER IN PACKET	\$0 (Nivel 4)	
DONATUSSIN 4 MG-10 MG-20 MG/5 ML ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
<i>double antibiotic 500 unit-10,000 unit/gram topical ointment</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>double antibiotic (bacitracin zn) 500 unit-10,000 unit/gram top ointment</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>double antibiotic-pain relief 3.5 mg-10,000 unit-10 mg/gram top cream</i>	\$0 (Nivel 4)	
DR. SMITH'S ADULT BARRIER 10 % TOPICAL SPRAY	\$0 (Nivel 4)	
DR. SMITH'S DIAPER 10 % TOPICAL OINTMENT	\$0 (Nivel 4)	
DR. SMITH'S DIAPER RASH 10 % TOPICAL SPRAY	\$0 (Nivel 4)	
DR. SMITH'S RASH-SKIN SPRAY	\$0 (Nivel 4)	
DRAMAMINE 50 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
<i>dramamine less drowsy 25 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>driminate 50 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
DRISTAN COLD 2 MG-5 MG-325 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
DRISTAN LONG LASTING 0.05 % NASAL MIST	\$0 (Nivel 4)	
<i>ducodyl 5 mg tablet, delayed release</i>	\$0 (Nivel 4)	
DULCOLAX (BISACODYL) 10 MG RECTAL SUPPOSITORY; DULCOLAX (BISACODYL) 5 MG TABLET, DELAYED RELEASE	\$0 (Nivel 4)	
<i>dulcolax stool softener (docusate) 100 mg capsule</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>duo fusion 10 mg-800 mg-165 mg chewable tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
DURAFLU TABLET	\$0 (Nivel 4)	
DURAVENT DM 10 MG-15 MG-395 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
<i>dyna-hex 4 % topical liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>e.c. prin 325 mg tablet, delayed release</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>ear drops for swimmers 95 %-5 %</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>ear drops otc 6.5 %</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>ear dry 95 %-5 % drops</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>ear wax removal kit 6.5 % drops</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>ear wax removal system 6.5 % drops</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>eazzze the pain 25 mg-500 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>econtra ez 1.5 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
ECOTRIN 325 MG TABLET, ENTERIC COATED	\$0 (Nivel 4)	
<i>ecotrin low strength 81 mg tablet, enteric coated</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>eczema anti-itch 1 % topical cream</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>ed a-hist 4 mg-10 mg tablet; ed a-hist 4 mg-10 mg/5 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
ED A-HIST DM 4 MG-10 MG-10 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
<i>ed a-hist dm 4 mg-10 mg-15 mg/5 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>ed a-hist pse 2.5 mg-60 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>ed bron gp 5 mg-100 mg/5 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
ED CHLORPED D 2 MG-5 MG/ML ORAL DROPS	\$0 (Nivel 4)	
<i>ed chlorped jr 2 mg/5 ml syrup</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>ed-apap 160 mg/5 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
ED-CHLORPED 2 MG/ML ORAL DROPS	\$0 (Nivel 4)	
<i>ed-chlortan 4 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>effervescent pain relief antacid 325 mg-1,916 mg-1,000 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>effervescent pain relief tab</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>elon dual defense 25 % topical solution</i>	\$0 (Nivel 4)	



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
emetrol oral solution	\$0 (Nivel 4)	
endacof - dm 1 mg-2.5 mg-5 mg/5 ml oral solution	\$0 (Nivel 4)	
enema 19 gram-7 gram/118 ml; pv enema	\$0 (Nivel 4)	
enema disposable 19 gram-7 gram/118 ml	\$0 (Nivel 4)	
enteric coated aspirin 81 mg tablet, delayed release	\$0 (Nivel 4)	
ephrine 1 % nasal drops	\$0 (Nivel 4)	
epsom salt 495 mg/5 gram oral granules	\$0 (Nivel 4)	
eq gentle 0.3 % eye drops	\$0 (Nivel 4)	
ETHYL RUBBING ALCOHOL 70% LIQ	\$0 (Nivel 4)	
evac-u-gen (sennosides) 8.6 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
EX-LAX (SENNOSIDES) 15 MG CHEWABLE TABLET; EX-LAX (SENNOSIDES) 15 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
EX-LAX MAXIMUM STRENGTH 25 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
excedrin migraine 250 mg-250 mg-65 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
EXCEDRIN TENSION HEADACHE CPLT	\$0 (Nivel 4)	
expectorant 100 mg/5 ml oral liquid; expectorant 200 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
expectorant cough syrup 100 mg/5 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
expectorant dm 10 mg-100 mg/5 ml syrup; expectorant dm 20 mg-300 mg/5 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
extra pain relief 250 mg-250 mg-65 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
extraprin 250 mg-250 mg-65 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
eye allergy relief (naphazoline-pheniramine) 0.025 %-0.3 % drops	\$0 (Nivel 4)	
eye drops (tetrahydrozoline) 0.05 %	\$0 (Nivel 4)	
eye drops (with povidone) 0.05 %-0.1 %-1 %-1 %	\$0 (Nivel 4)	
eye drops advanced relief 0.05 %-0.1 %-1 %-1 %	\$0 (Nivel 4)	
eye itch relief 0.025 % (0.035 %) drops	\$0 (Nivel 4)	
EYE STREAM SOLUTION	\$0 (Nivel 4)	
ez nite sleep 25 mg capsule	\$0 (Nivel 4)	
ezfe 200 200 mg iron capsule	\$0 (Nivel 4)	
fallback solo 1.5 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
famotidine 10 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
famotidine 20 mg, 40 mg tablet; famotidine 40 mg/4 ml vial; famotidine 40 mg/5 ml susp ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
fast acting nasal 1 % spray	\$0 (Nivel 4)	
fast mucus relief severe cold 5 mg-10 mg-325 mg-200 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
fast mucus relief congestion-cough 2.5 mg-5 mg-100 mg/5 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
fe c 100 mg-250 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
fenesin dm ir 20 mg-400 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
fenesin ir 400 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
fenesin pe ir 10 mg-400 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
ferrex 150 mg iron capsule	\$0 (Nivel 4)	
ferric x-150 150 mg iron capsule	\$0 (Nivel 4)	
fever reducer 120 mg rectal suppository	\$0 (Nivel 4)	
fever reducer an pain reliever 160 mg/5 ml oral suspension; pv pain-fever 500 mg/15ml liq	\$0 (Nivel 4)	
feverall 120 mg, 325 mg, 650 mg rectal suppository	\$0 (Nivel 4)	
FEVERALL 80 MG RECTAL SUPPOSITORY	\$0 (Nivel 4)	
fexofenadine hcl 180 mg, 60 mg tablet; fexofenadine hcl 30 mg/5 ml	\$0 (Nivel 4)	
fexofenadine-pse er 60-120 tab	\$0 (Nivel 4)	
fiber oral powder	\$0 (Nivel 4)	
fiber (calcium polycarbophil) 625 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
fiber (psyllium husk) 0.52 gram capsule	\$0 (Nivel 4)	
fiber (psyllium husk/sugar) 3.4 gram/11 gram, 3.4 gram/12 gram, 3.4 gram/7 gram oral powder	\$0 (Nivel 4)	
fiber (with aspartame) 3.4 gram/5.8 gram, 3.4 gram/5.8 gram oral powder	\$0 (Nivel 4)	
fiber laxative (calcium polycarbophil) 625 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
fiber laxative (methylcellulose) 500 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
fiber laxative (psyllium husk) 0.52 gram capsule	\$0 (Nivel 4)	
pv fiber laxative powder	\$0 (Nivel 4)	
fiber smooth oral powder	\$0 (Nivel 4)	
fiber smooth (with sucrose) oral powder	\$0 (Nivel 4)	
fiber therapy (ca polycarbophil) 625 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
FIBER THERAPY (METHYLCELLULOSE-SUGAR) 2 GRAM/19 GRAM ORAL POWDER	\$0 (Nivel 4)	
fiber therapy (methylcellulose) 500 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
fiber therapy laxative (psyllium husk) 0.52 gram capsule	\$0 (Nivel 4)	
fiber therapy (psyllium seed-sucrose) oral powder	\$0 (Nivel 4)	
fiber-caps (psyllium husk) 0.52 gram capsule	\$0 (Nivel 4)	
fiber-lax 625 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
fiber-tabs 625 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
FIBERCON 625 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>first aid abx pain relief 3.5 mg-10,000 unit-10 mg/gram topical cream</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>first aid antibiotic 3.5 mg-400 unit-5,000 unit/gram topical ointment</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>first aid antibiotic-pain rlf 3.5 mg-500 unit-10,000 unit/g top oint</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>first aid antiseptic 10 % topical solution</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>flanax (naproxen) 220 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>flanax antacid liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>flavor chews antacid 300 mg (750 mg) tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
FLEET ENEMA 19 GRAM-7 GRAM/118 ML	\$0 (Nivel 4)	
<i>fleet glycerin (adult) rectal suppository</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>fleet glycerin (child) rectal suppository</i>	\$0 (Nivel 4)	
FLEET LAXATIVE 5 MG TABLET, DELAYED RELEASE	\$0 (Nivel 4)	
FLEET MINERAL OIL ENEMA	\$0 (Nivel 4)	
FLONASE ALLERGY RELIEF 50 MCG/ACTUATION NASAL SPRAY, SUSPENSION	\$0 (Nivel 4)	
<i>flu and severe cold-daytime 5 mg-10 mg-325 mg/15 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>flu and severe cold-nighttime 25 mg-10 mg-650 mg/30 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>pv flu & sore throat rlf liq</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>flu hbp 2 mg-15 mg-500 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>flu relief therapy daytime 5 mg-10 mg-325 mg/15 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>flu relief therapy nighttime 25 mg-10 mg-650 mg/30 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>flu-severe cold-cough daytime 10 mg-20 mg-650 mg oral powder packet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>fluticasone prop 50 mcg spray^{EC}</i>	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (16 cada 30 días)
<i>foaming antacid 95 mg-358 mg/15 ml oral suspension</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>pv foaming antacid chew tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>foltabs 800 0.8 mg-10 mg-115 mcg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>foot and sneaker 1 % topical spray powder</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>pv foot odor control 1% powder</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>formula 3 1 % topical solution</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>formula em oral solution</i>	\$0 (Nivel 4)	
FRESHKOTE 2 %-0.9 %-1.8 % EYE DROPS	\$0 (Nivel 4)	
<i>full spectrum b-vitamin c 0.8 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>fungi-nail 25 % topical solution</i>	\$0 (Nivel 4)	
FUNGOID TINCTURE 2 % TOPICAL; FUNGOID TINCTURE 2 % TOPICAL KIT	\$0 (Nivel 4)	
<i>fungoid-d 1 % topical cream</i>	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>g-fenesin 400 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>g-fenesin dm 20 mg-400 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>g-tron 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>gas relief 125 mg, 180 mg capsule</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>gas relief 80 80 mg chewable tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>gas relief extra strength 125 mg capsule; gas relief extra strength 125 mg chewable tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>gas relief ultra strength 180 mg capsule</i>	\$0 (Nivel 4)	
GAS-X TABLET CHEWABLE	\$0 (Nivel 4)	
<i>gas-x extra strength 125 mg capsule</i>	\$0 (Nivel 4)	
GAS-X EXTRA STRENGTH 125 MG CHEWABLE TABLET	\$0 (Nivel 4)	
GAS-X ULTRA-STRENGTH 180 MG CAPSULE	\$0 (Nivel 4)	
<i>gavilax 17 gram/dose oral powder</i>	\$0 (Nivel 4)	
GAVICON 80 MG-14.2 MG CHEWABLE TABLET; GAVISCON 95 MG-358 MG/15 ML ORAL SUSPENSION	\$0 (Nivel 4)	
GAVICON EXTRA STRENGTH 160 MG-105 MG CHEWABLE TABLET; GAVISCON EXTRA STRENGTH 254 MG-237.5 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	\$0 (Nivel 4)	
<i>gelusil antacid & antigas liq</i>	\$0 (Nivel 4)	
GELUSIL ANTACID AND ANTI-GAS 200 MG-200 MG-25 MG CHEWABLE TABLET	\$0 (Nivel 4)	
<i>gencontuss 2 mg-5 mg-10 mg/5 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
GENTEAL MILD-MODERATE EYE DROP	\$0 (Nivel 4)	
GENTEAL GEL DROPS	\$0 (Nivel 4)	
<i>gentle laxative 10 mg rectal suppository; gentle laxative 5 mg tablet, delayed release</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>gentlelax 17 gram/dose oral powder</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>geri-dryl 25 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>geri-hydrolac 12 % topical cream</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>geri-kot 8.6 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>geri-lanta 200 mg-200 mg-20 mg/5 ml oral suspension</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>geri-mucil 3.4 gram/5.8 gram oral powder</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>geri-pectate 262 mg/15 ml oral suspension</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>geri-tussin 100 mg/5 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>geri-tussin dm 10 mg-100 mg/5 ml syrup</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>gnp glycerin suppository</i>	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
gnp glycerin suppository	\$0 (Nivel 4)	
glycolax 17 gram/dose oral powder	\$0 (Nivel 4)	
goody's migraine relief 250 mg-250 mg-65 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
guaiaisorb dm 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
guaiaitussin ac 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
guaifenesin 1,200 mg, 200 mg, 400 mg, 600 mg tablet; guaifenesin 300 mg/15 ml soln; guaifenesin er 1,200 mg, 200 mg, 400 mg, 600 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
guaifenesin ac 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
guaifenesin dac 30 mg-10 mg-100 mg/5 ml syrup	\$0 (Nivel 4)	
guaifenesin-dm solution	\$0 (Nivel 4)	
gyne-lotrimin 2 % vaginal cream	\$0 (Nivel 4)	
gyne-lotrimin 7 1 % vaginal cream	\$0 (Nivel 4)	
hair regrowth for men 5 % topical solution	\$0 (Nivel 4)	
cvs hair regrowth 2% solution	\$0 (Nivel 4)	
hair regrowth treatment 2 %, 5 % topical solution	\$0 (Nivel 4)	
head congestion day-night 2 mg-5 mg-10 mg-325 mg tablets	\$0 (Nivel 4)	
headache formula tablet	\$0 (Nivel 4)	
headache pm 25 mg-500 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
headache relief (asa-acetaminophen-caffeine) 250 mg-250 mg-65 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
healthylax 17 gram oral powder packet	\$0 (Nivel 4)	
heartburn antacid 160 mg-105 mg chewable tablet	\$0 (Nivel 4)	
heartburn prevention 10 mg, 20 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
heartburn relief 160 mg-105 mg chewable tablet	\$0 (Nivel 4)	
heartburn relief (cimetidine) 200 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
heartburn relief (famotidine) 10 mg, 20 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
heartburn relief (ranitidine) 150 mg, 75 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
heartburn treatment 24 hour 15 mg capsule, delayed release	\$0 (Nivel 4)	
hemorrhoidal 0.25 %-14 %-74.9 % ointment; hemorrhoidal ointment	\$0 (Nivel 4)	
hemorrhoidal (phenyleph-cocoa) 0.25 %-88.44 % rectal suppository	\$0 (Nivel 4)	
hemorrhoidal (witch hazel) 50 % topical pads	\$0 (Nivel 4)	
hemorrhoidal cooling 0.25 %-50 % topical gel	\$0 (Nivel 4)	
hemorrhoidal cream 0.25 %-1 % rectal	\$0 (Nivel 4)	
hemorrhoidal hygiene 50 % topical pads	\$0 (Nivel 4)	
hemorrhoidal medicated topical pads	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
HIBICLENS 4 % TOPICAL LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
HISTEX (TRIPROLIDINE) 2.5 MG/5 ML ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
HISTEX DM 2.5 MG-10 MG-20 MG/5 ML SYRUP	\$0 (Nivel 4)	
HISTEX PD 0.938 MG/ML ORAL DROPS	\$0 (Nivel 4)	
histex pe 10 mg-2.5 mg/5 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
hospital antiseptic soln	\$0 (Nivel 4)	
hot steam liquid	\$0 (Nivel 4)	
HYDROCIL ORAL POWDER	\$0 (Nivel 4)	
hydrocortisone 0.5% ointment; hydrocortisone 1% cream	\$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}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
hydrocortisone plus 1 % topical cream	\$0 (Nivel 4)	
eq hydrocortisone-aloe 1% crm	\$0 (Nivel 4)	
hydrocream 1 % topical	\$0 (Nivel 4)	
hydrolatum topical ointment	\$0 (Nivel 4)	
hydroskin with aloe 1 % cream	\$0 (Nivel 4)	
i-prin 200 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
ibu-drops 50 mg/1.25 ml oral drops,suspension	\$0 (Nivel 4)	
ibuprofen 100 mg, 200 mg tablet; ibuprofen 200 mg softgel; ibuprofen jr str 100 mg tb chw; sm ibuprofen ib 100 mg, 200 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
ibuprofen 100 mg/5 ml susp; ibuprofen 400 mg, 600 mg, 800 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
ibuprofen cold-sinus (with pseudoephedrine) 30 mg-200 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
ibuprofen ib 100 mg chewable tablet; ibuprofen ib 200 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
ibuprofen jr strength 100 mg chewable tablet	\$0 (Nivel 4)	
ibuprofen pm 200 mg-25 mg capsule; ibuprofen pm 200 mg-38 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
cvs ibuprofen pm caplet	\$0 (Nivel 4)	
pv ibuprofen-diphenhydram cap	\$0 (Nivel 4)	
ICAR 15 MG/1.25 ML ORAL SUSPENSION	\$0 (Nivel 4)	
ICAR-C 100 MG-250 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
ice blue gel 2 % topical	\$0 (Nivel 4)	
pv ice gel	\$0 (Nivel 4)	
iferex 150 150 mg iron capsule	\$0 (Nivel 4)	
IMODIUM A-D 1 MG/7.5 ML ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
infant fever reducer-pain relief 160 mg/5 ml oral suspension	\$0 (Nivel 4)	
infant pain reliever 160 mg/5 ml oral suspension	\$0 (Nivel 4)	
infant's acetaminophen 160 mg/5 ml oral suspension	\$0 (Nivel 4)	
INFANT'S MOTRIN 50 MG/1.25 ML ORAL DROPS,SUSPENSION	\$0 (Nivel 4)	
pv infant non-asa 80 mg/0.8 ml	\$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	\$0 (Nivel 4)	
infant's pain reliever 80 mg/0.8 ml oral drops,suspension	\$0 (Nivel 4)	
INFANT'S TYLENOL 160 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	\$0 (Nivel 4)	
infants gas relief 40 mg/0.6 ml oral drops,suspension	\$0 (Nivel 4)	
infants ibu-drops 50 mg/1.25 ml oral drops,suspension	\$0 (Nivel 4)	
infants profenib 50 mg/1.25 ml oral drops,suspension	\$0 (Nivel 4)	
infants' pain and fever 160 mg/5 ml oral suspension	\$0 (Nivel 4)	
infants' pain relief 160 mg/5 ml oral suspension	\$0 (Nivel 4)	
insect repellent (deet) 15 % topical spray	\$0 (Nivel 4)	
INSECT REPELLENT (PICARIDIN) 20 % TOPICAL SPRAY WITH PUMP	\$0 (Nivel 4)	
inzo antifungal 2 % topical cream	\$0 (Nivel 4)	
iodides tincture topical	\$0 (Nivel 4)	
iophen-c nr liquid	\$0 (Nivel 4)	
iophen dm-nr liquid	\$0 (Nivel 4)	
iophen nr liquid	\$0 (Nivel 4)	
iron 100-vitamin c tablet	\$0 (Nivel 4)	
GNP ISOPROPYL ALCOHOL 91%; GNP ISOPROPYL ALCOHOL 99%; SWAN ISOPROPYL ALCOHOL 70%	\$0 (Nivel 4)	
isopropyl alcohol-wintergreen topical liquid	\$0 (Nivel 4)	
ISOPTO TEARS 0.5 % EYE DROPS	\$0 (Nivel 4)	
itch relief 2 %-0.1 % topical cream	\$0 (Nivel 4)	
itch relief (clotrimazole) 1 % topical cream	\$0 (Nivel 4)	
J-MAX SYRUP	\$0 (Nivel 4)	
J-TAN PD DROPS	\$0 (Nivel 4)	
jock itch 1 % topical spray powder	\$0 (Nivel 4)	
jock itch (clotrimazole) 1 % topical cream	\$0 (Nivel 4)	
jock itch (terbinafine) 1 % topical cream	\$0 (Nivel 4)	
jr. acetaminophen 160 mg, 160 mg disintegrating tablet	\$0 (Nivel 4)	
jr. str non-aspirin pain 160 mg disintegrating tablet	\$0 (Nivel 4)	



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>jr. strength pain reliever 160 mg disintegrating tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>junior mapap 160 mg rapid tab</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>kao-tin (bismuth subsalicylate) 262 mg/15 ml oral suspension</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>kao-tin (docusate calcium) 240 mg capsule</i>	\$0 (Nivel 4)	
KAOPTECTATE (DOCUSATE CALCIUM) 240 MG CAPSULE	\$0 (Nivel 4)	
<i>kaopectate ex str (bismuth ss) 525 mg/15 ml oral suspension</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>ketotifen fum 0.025% eye drops</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>kidkare cough/cold 1 mg-15 mg-5 mg/5 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>konsyl (sugar) 3.4 gram, 3.4 gram/11 gram, 3.4 gram/12 gram oral powder; konsyl (sugar) 3.4 gram, 3.4 gram/11 gram, 3.4 gram/12 gram oral powder packet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>konsyl fiber 625 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>konsyl sugar-free 0.52 gram capsule</i>	\$0 (Nivel 4)	
LAC-HYDRIN FIVE 5 % LOTION	\$0 (Nivel 4)	
LAMISIL (AEROSOL) 1 % TOPICAL SPRAY	\$0 (Nivel 4)	
<i>lamisil af 1 % topical spray powder</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>lamisil at 1 % topical cream</i>	\$0 (Nivel 4)	
LAMISIL AT 1 % TOPICAL GEL	\$0 (Nivel 4)	
<i>lansoprazole dr 15 mg capsule</i> ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
<i>laxative stool softener with senna 8.6 mg-50 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>laxacin 8.6 mg-50 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>laxaclear 17 gram/dose oral powder</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>laxative (bisacodyl) 5 mg, 5 mg tablet; laxative (bisacodyl) 5 mg, 5 mg tablet, delayed release</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>laxative (glycerin-pediatric) rectal suppository</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>laxative (sennosides) 15 mg chewable tablet; laxative (sennosides) 15 mg, 25 mg tablet; pv laxative 15 mg, 25 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>laxative feminine 5 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>laxative maximum strength 25 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>laxative peg 3350 17 gram/dose oral powder</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>laxative pills 25 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>laxative pills regular 15 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>laxative plus stool softener 8.6 mg-50 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>lc-5 5 % topical cream</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>levonorgestrel 1.5 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
lice complete kit 1-2-3 4 %-0.33 %-0.5 % topical kit	\$0 (Nivel 4)	
lice killing 0.33 %-4 % shampoo	\$0 (Nivel 4)	
lice killing (permethrin) 1 % topical liquid	\$0 (Nivel 4)	
lice pyrinyl shampoo 0.33 %-4 %	\$0 (Nivel 4)	
lice solution 4 %-0.33 %-0.5 % topical kit	\$0 (Nivel 4)	
lice treatment 0.33 %-4 % shampoo; lice treatment 1 % topical liquid	\$0 (Nivel 4)	
lice treatment (permethrin) 1 % topical liquid	\$0 (Nivel 4)	
lidocaine 4% cream; lidocaine anorectal 5% cream	\$0 (Nivel 4)	
LIP TREATMENT TOPICAL JELLY	\$0 (Nivel 4)	
liquibid d-r 10 mg-400 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
liquid antacid 200 mg-200 mg-20 mg/5 ml oral suspension; liquid antacid 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral suspension	\$0 (Nivel 4)	
liquitears 1.4 % eye drops	\$0 (Nivel 4)	
lite coat aspirin 325 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
little remedies 0.65 % nasal spray aerosol	\$0 (Nivel 4)	
little remedies fever and pain reliever 160 mg/5 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
LMX 5 5 % TOPICAL CREAM	\$0 (Nivel 4)	
LODRANE D 4 MG-60 MG CAPSULE	\$0 (Nivel 4)	
lohist - d 2 mg-30 mg/5 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
lohist-dm 2 mg-5 mg-10 mg/5 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
long acting nasal decongestant (pse) 120 mg tablet,extended release	\$0 (Nivel 4)	
long acting nasal spray 0.05 %	\$0 (Nivel 4)	
loperamide 1 mg/5 ml solution; loperamide 2 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
loperamide 2 mg capsule ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
loradamed 10 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
lorata-d 10 mg-240 mg tablet,extended release	\$0 (Nivel 4)	
lorata-dine d 10 mg-240 mg tablet,extended release	\$0 (Nivel 4)	
loratadine 10 mg, 10 mg tablet; loratadine 5 mg/5 ml syrup; sm loratadine 10 mg, 10 mg odt	\$0 (Nivel 4)	
loratadine-d 10 mg-240 mg tablet,extended release 24 hr; loratadine-d 5 mg-120 mg tablet,extended release 12 hr	\$0 (Nivel 4)	
LORTUSS DM 6.25 MG-30 MG-15 MG/5 ML ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
lortuss ex 30 mg-10 mg-100 mg/5 ml syrup	\$0 (Nivel 4)	
LORTUSS LQ 6.25 MG-30 MG/5 ML ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
lotrimin af 2 % topical powder; lotrimin af 2 % topical spray	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
LOTTRIMIN AF (CLOTRIMAZOLE) 1 % TOPICAL CREAM	\$0 (Nivel 4)	
lotrimin af jock itch powder 2 % topical spray	\$0 (Nivel 4)	
lotrimin af powder 2 % topical spray	\$0 (Nivel 4)	
lotrimin ultra 1 % topical cream	\$0 (Nivel 4)	
lubricant dry eye relief 1 % eye liquid gel drops	\$0 (Nivel 4)	
lubricant eye 57.3 %-42.5 % ointment; lubricant eye 83 %-15 % ointment	\$0 (Nivel 4)	
lubricant eye (cmc-glycerin) (pf) 0.5 %-0.9 % drops in a dropperette	\$0 (Nivel 4)	
lubricant eye (cmc-glycerin) 0.5 %-0.9 % drops	\$0 (Nivel 4)	
lubricant eye (pg-peg 400) 0.4 %-0.3 % drops	\$0 (Nivel 4)	
lubricant eye (pg-peg 400) (pf) 0.4 %-0.3 % drops in a dropperette	\$0 (Nivel 4)	
pv lubricant 1.4 % eye drops	\$0 (Nivel 4)	
lubricant eye drops 0.5 %; lubricant eye drops 0.5 % drops in a dropperette	\$0 (Nivel 4)	
lubricant gel 0.25 %-0.3 % eye liquid gel drops	\$0 (Nivel 4)	
lubricant plus 0.5 % eye drops in a dropperette	\$0 (Nivel 4)	
lubricating drops 0.5 %-0.9 % eye drops	\$0 (Nivel 4)	
lubricating plus 0.5 % eye drops in a dropperette	\$0 (Nivel 4)	
lubricating relief 0.4 %-0.3 % eye drops	\$0 (Nivel 4)	
lubrifresh pm 83 %-15 % eye ointment	\$0 (Nivel 4)	
m-clear wc 6.3 mg-100 mg/5 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
M-END DMX 0.667 MG-20 MG-10 MG/5 ML ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
M-END MAX D LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
M-END PE 1.33 MG-3.33 MG-6.33 MG/5 ML ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
MAALOX ADVANCED 1,000 MG-60 MG CHEWABLE TABLET; MAALOX ADVANCED 200 MG-200 MG-20 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	\$0 (Nivel 4)	
maalox maximum strength 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral suspension	\$0 (Nivel 4)	
MAG-AL 200 MG-200 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	\$0 (Nivel 4)	
MAG-AL PLUS 200 MG-200 MG-20 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	\$0 (Nivel 4)	
mag-al plus extra strength 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral suspension	\$0 (Nivel 4)	
mag-g 27 mg (500 mg) tablet	\$0 (Nivel 4)	
maglox 200 mg-200 mg-20 mg/5 ml oral suspension	\$0 (Nivel 4)	
magnesium citrate solution	\$0 (Nivel 4)	
magnesium gluc 500 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
mag-oxide magnesium 200 mg tab; magnesium 200 mg magnesium, 420 mg, 500 mg tablet; magnesium oxide 200 mg magnesium, 420 mg, 500 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
MAGOX 400 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
major-prep hemorrhoidal 0.25 %-14 %-74.9 % ointment	\$0 (Nivel 4)	
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) 80 mg chewable tablet	\$0 (Nivel 4)	
mapap arthritis pain 650 mg tablet, extended release	\$0 (Nivel 4)	
mapap cold formula 5 mg-10 mg-325 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
mapap extra strength 500 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
mapap pm 25 mg-500 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
mapap sinus maximum strength (pe) 5 mg-325 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
MAR-COF BP 2 MG-30 MG-7.5 MG/5 ML ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
MAR-COF CG 7.5 MG-225 MG/5 ML ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
masanti double strength 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral suspension	\$0 (Nivel 4)	
masophen 325 mg, 500 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
MAXIMUM D3 10,000 UNIT CAPSULE	\$0 (Nivel 4)	
ra maximum strength flu tablet	\$0 (Nivel 4)	
maxiphen 10 mg-400 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
MAXIPHEN DM 10 MG-20 MG-400 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
meclizine 12.5 mg, 25 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
meclizine 25 mg tablet chew	\$0 (Nivel 4)	
medi pads topical	\$0 (Nivel 4)	
medi-laxx tablet	\$0 (Nivel 4)	
medi-meclizine 25 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
MEDICATED BODY POWDER	\$0 (Nivel 4)	
medicated chest rub topical ointment	\$0 (Nivel 4)	
medicated pads topical pads	\$0 (Nivel 4)	
medicidin-d 2 mg-5 mg-325 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
mediproxen 220 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
men-phor 0.5 %-0.5 % lotion	\$0 (Nivel 4)	
METAMUCIL 0.52 GRAM CAPSULE	\$0 (Nivel 4)	
METAMUCIL (WITH SUGAR) 3.4 GRAM, 3.4 GRAM/12 GRAM, 3.4 GRAM/12 GRAM, 3.4 GRAM/7 GRAM ORAL POWDER; METAMUCIL (WITH SUGAR) 3.4 GRAM, 3.4 GRAM/12 GRAM, 3.4 GRAM/12 GRAM, 3.4 GRAM/7 GRAM ORAL POWDER PACKET	\$0 (Nivel 4)	
METAMUCIL FIBER SINGLES 3.4 GRAM ORAL POWDER PACKET	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
METAMUCIL SUGAR-FREE (ASPARTAME) 3.4 GRAM/5.8 GRAM ORAL POWDER	\$0 (Nivel 4)	
mgo 400 mg tablet	\$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	\$0 (Nivel 4)	
mi-acid gas relief 80 mg chewable tablet	\$0 (Nivel 4)	
micatin 2 % topical cream	\$0 (Nivel 4)	
miconazole 7 100 mg vaginal suppository; miconazole 7 2 % vaginal cream	\$0 (Nivel 4)	
eq miconazole nitrate 2% crm; miconazole 100 mg vag supp; miconazole 2% spray powder; pv miconazole nitrate 2% cream	\$0 (Nivel 4)	
miconazole-3 200 mg-2 % (9 gram) vaginal kit	\$0 (Nivel 4)	
miconazole 3 combo pack	\$0 (Nivel 4)	
miconazorb af 2 % topical powder	\$0 (Nivel 4)	
micro-guard 2 % topical powder	\$0 (Nivel 4)	
MIDOL (NAPROXEN) 220 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
migraine formula 250 mg-250 mg-65 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
pv migraine pain-reliever tab	\$0 (Nivel 4)	
migraine relief 250 mg-250 mg-65 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
milk of magnesia 400 mg/5 ml oral suspension	\$0 (Nivel 4)	
milk of magnesia concentrated 2,400 mg/10 ml oral suspension	\$0 (Nivel 4)	
mineral freez 2 % topical gel	\$0 (Nivel 4)	
gnp mineral oil enema	\$0 (Nivel 4)	
minoxidil 5% solution	\$0 (Nivel 4)	
mintox 200 mg-200 mg-20 mg/5 ml oral suspension	\$0 (Nivel 4)	
mintox maximum strength 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral suspension	\$0 (Nivel 4)	
mintox plus 200 mg-200 mg-25 mg chewable tablet	\$0 (Nivel 4)	
MIRALAX 17 GRAM, 17 GRAM/DOSE ORAL POWDER; MIRALAX 17 GRAM, 17 GRAM/DOSE ORAL POWDER PACKET	\$0 (Nivel 4)	
moisturizing lubricant 0.5 % eye drops	\$0 (Nivel 4)	
MONISTAT 1 COMBO PACK 1,200 MG-2 % VAGINAL OVULE AND CREAM	\$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	\$0 (Nivel 4)	
MONISTAT 7 2 % VAGINAL CREAM	\$0 (Nivel 4)	
motion relief (meclizine) 25 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
motion sickness 50 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>motion sickness (meclizine) 25 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>motion sickness ii 25 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>motion sickness relief 50 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>pv motion sickness rel ii tab</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>motion sickness relief (meclizine) 25 mg chewable tablet; motion sickness relief (meclizine) 25 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>motion-time 25 mg chewable tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>motrin pm 200 mg-38 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>move it along 100 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>mucaphed tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
MUCINEX 1,200 MG, 600 MG TABLET, EXTENDED RELEASE	\$0 (Nivel 4)	
MUCINEX COLD & SINUS LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
MUCINEX COUGH MINI-MELTS 5 MG-100 MG ORAL GRANULES IN PACKET	\$0 (Nivel 4)	
MUCINEX D 60 MG-600 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	\$0 (Nivel 4)	
MUCINEX D MAXIMUM STRENGTH 120 MG-1,200 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	\$0 (Nivel 4)	
MUCINEX DM 60 MG-1,200 MG TABLET,EXTENDED RELEASE 12 HR	\$0 (Nivel 4)	
MUCINEX FAST-MAX COLD-FLU-SORE THROAT 5 MG-10 MG-325 MG-200 MG CAPSULE	\$0 (Nivel 4)	
MUCINEX FAST-MAX CONGESTION-COUGH 2.5 MG-5 MG-100 MG/5 ML ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
<i>mucinex fast-max congestion-headache 5 mg-10 mg-325 mg capsule</i>	\$0 (Nivel 4)	
MUCINEX FAST-MAX DAYCONGES-COUGH-NT COLD-FLU 25-10-650MG/20ML ORAL LIQ; MUCINEX FAST-MAX DAYCONGEST-COUGH-NITECOLD-FLU 5MG/25-5-325 MG(NT) TAB	\$0 (Nivel 4)	
MUCINEX FAST-MAX DAY COLD-NT COLD-FLU(DOXYLAM)6.25-5-10-325MG(NT) CAP	\$0 (Nivel 4)	
<i>mucinex fast-max dm max 5 mg-100 mg/5 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>mucinex fast-max nite cold-flu</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>mucinex fast-max nite cold-flu</i>	\$0 (Nivel 4)	
MUCINEX FAST-MAX NITE COLD-FLU 12.5 MG-5 MG-325 MG/10 ML ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
MUCINEX FAST-MAX SEVERE COLD 10 MG-20 MG-650 MG/20 ML ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
<i>mucinex fast-max cold-sinus cp</i>	\$0 (Nivel 4)	



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
MUCINEX FAST-MAX DAY SEV COLD-NITE COLD-FLU 10 MG-650 MG/20 ML LIQUID; MUCINEX FAST-MAX DAY SEV COLD-NITE COLD-FLU 5 MG-325 MG-200 MG TABLETS	\$0 (Nivel 4)	
MUCINEX MINI-MELTS 100 MG ORAL GRANULES IN PACKET	\$0 (Nivel 4)	
<i>mucinex sinus-max nasal spray</i>	\$0 (Nivel 4)	
MUCINEX SINUS-MAX DAY-NIGHT TB	\$0 (Nivel 4)	
MUCINEX SINUS-MAX DY-NT LIQGEL	\$0 (Nivel 4)	
MUCINEX SINUS-MAX NITE CONGEST	\$0 (Nivel 4)	
MUCINEX SINUS-MAX PRESSURE LIQ	\$0 (Nivel 4)	
MUCINEX SINUS-MAX CONGEST RLF	\$0 (Nivel 4)	
MUCINEX SINUS-MAX SEV CONGESTION 10 MG-650 MG-400 MG/20 ML ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
<i>mucinex sinus-max sev congestion 5 mg-325 mg-200 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>mucosa 400 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>mucosa dm 20 mg-400 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>mucus and cough relief 20 mg-400 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>mucus d 60 mg-600 mg tablet,extended release</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>mucus relief 200 mg, 400 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>mucus relief chest 400 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>mucus relief cold and sinus 10 mg-650 mg-400 mg/20 ml oral liquid; mucus relief cold and sinus 5 mg-325 mg-200 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>mucus relief cold-flu-sore throat 10 mg-20 mg-650 mg/20 ml oral liquid; mucus relief cold-flu-sore throat 5 mg-10 mg-325 mg-200 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>mucus relief congestion-cough 2.5 mg-5 mg-100 mg/5 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>mucus relief cough 5 mg-100 mg/5 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>pv mucus relief d tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>mucus relief d (pseudoephed) 120 mg-1,200 mg tablet,extended release; mucus relief d (pseudoephed) 60 mg-600 mg tablet,extended release</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>mucus relief dm 20 mg-400 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>mucus relief dm max 5 mg-100 mg/5 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>mucus relief er 1,200 mg, 600 mg tablet, extended release</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>mucus relief pe 10 mg-400 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>ra mucus relief plus caplet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>mucus relief sev congest-cold 5 mg-10 mg-325 mg-200 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>mucus relief severe cold 10 mg-20 mg-650 mg/20 ml oral liquid; mucus relief severe cold 5 mg-10 mg-325 mg-200 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
MUCUS RELIEF SINUS 10 MG-400 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>mucus relief sinus pressure and pain 5 mg-325 mg-200 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>mucus relief severe sinus congestion 5 mg-325 mg-200 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>mucus-er max 1,200 mg tablet, extended release</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>multi antibiotic plus 3.5 mg-10,000 unit-10 mg/gram topical cream</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>multi-symptom cold(with phenylephrine) 5 mg-10 mg-325 mg-200 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>multi-symptom cold (pe-cpm) 1 mg-2.5 mg-5 mg-160 mg/5 ml oral susp</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>ra multi-symptom cold caplet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>ra multi-symptom cold caplet</i>	\$0 (Nivel 4)	
MURINE EAR 6.5 % DROPS	\$0 (Nivel 4)	
<i>murine ear wax removal system 6.5 % drops</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>muro 128 2 % eye drops; muro 128 5 % eye ointment</i>	\$0 (Nivel 4)	
MURO 128 5 % EYE DROPS	\$0 (Nivel 4)	
<i>pv muscle relief 0.075% cream</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>myco nail a 25 % topical solution</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>myferon 150 150 mg iron capsule</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>mytab gas 80 mg chewable tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>mytab gas maximum strength 125 mg chewable tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>naphcon-a 0.025 %-0.3 % eye drops</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>naproxen sodium 220 mg caplet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>nasal allergy symptom control 5.2 mg/spray (4 %) spray</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>nasal-sinus decongest tab</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>nasal decongest-antihist tab</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>nasal decongestant (oxymetazoline) 0.05 % spray</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>eql nasal decngstnt nose drops</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>nasal decongestant (phenylephrine) 10 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>nasal decongestant (pseudoephedrine) 120 mg tablet,extended release; nasal decongestant (pseudoephedrine) 30 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
NASAL DECONGESTANT (PSEUDOEPHEDRINE) 30 MG/5 ML ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
<i>nasal decongest-antihist tab</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>nasal four 1 % spray</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>nasal moisturizing 0.65 % spray aerosol</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>nasal spray (oxymetazoline) 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>nasal spray (sodium chloride) 0.65 % aerosol</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>nasal spray 12 hour 0.05 %; nasal spray 12 hour 0.05 % mist</i>	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>eql sinus nasal spray</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>nasal spray extra moisturizing 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>nasal spray long acting 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>v-r nasal spry moisturizing</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>nasal spray sinus 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 4)	
NASALCROM 5.2 MG/SPRAY (4 %) SPRAY	\$0 (Nivel 4)	
NASOPEN PE 50 MG-10 MG/15 ML ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
NATRAPEL 20 % TOPICAL SPRAY	\$0 (Nivel 4)	
<i>natura-lax 17 gram/dose oral powder</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>natural balance tears drops</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>natural calcium 500 mg calcium (1,250 mg) tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>natural daily fiber 3.4 gram/5.8 gram oral powder</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>natural fiber laxative 0.52 gram capsule</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>natural fiber laxative (sugar) 3.4 gram/12 gram, 3.4 gram/7 gram oral powder; natural fiber laxative (sugar) oral powder</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>natural fiber laxative therapy oral powder</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>natural fiber supplement 3.4 gram oral powder packet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>natural laxative 25 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>natural psyllium fiber 3.4 gram/5.8 gram oral powder</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>natural senna laxative tab</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>natural tears (pf) 0.1 %-0.3 % drops in a dropperette</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>natural vegetable powder</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>natural vegetable laxative (sennosides) 8.6 mg, 8.6 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>natural vegetable oral powder</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>natural vegetable (psyllium) oral powder</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>nature's tears drops</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>nausea control oral solution</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>nausea relief oral solution</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>neo-synephrine (phenylephrine) 1 % nasal spray</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>neo-synephrine 12 hour nasal spray (oxymetazoline) 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 4)	
NEOSPORIN (NEO-BAC-POLYM) 3.5 MG-400 UNIT-5,000 UNIT/GRAM TOP OINTMENT	\$0 (Nivel 4)	
<i>neosporin(neo-bac-polym) 3.5 mg-400 unit-5,000 unit top ointment packt</i>	\$0 (Nivel 4)	
NEOSPORIN + PAIN RELIEF 3.5 MG-10,000 UNIT-10 MG/GRAM TOPICAL CREAM	\$0 (Nivel 4)	
<i>neosporin 1% anti-itch cream</i>	\$0 (Nivel 4)	



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
NEOSPORIN PLUS PAIN RELIEF (BACIT) 3.5 MG-500 UNIT-10,000 UNIT/G TOP OINT	\$0 (Nivel 4)	
NEPHRO-VITE 0.8 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
NEUTROGENA T-GEL 0.5 % SHAMPOO	\$0 (Nivel 4)	
NEUTROGENA T-GEL CONDITIONER	\$0 (Nivel 4)	
NEUTROGENA T-SAL SHAMPOO	\$0 (Nivel 4)	
<i>niacin 250 mg, 500 mg capsule sa; niacin sa 250 mg, 500 mg capsule</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>nicoderm cq 14 mg/24 hr, 21 mg/24 hr, 7 mg/24 hr daily transdermal patch</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>nicorelief 2 mg, 4 mg gum</i>	\$0 (Nivel 4)	
NICORETTE 2 MG, 2 MG, 4 MG, 4 MG BUCCAL LOZENGE; NICORETTE 2 MG, 2 MG, 4 MG, 4 MG BUCCAL MINI LOZENGE; NICORETTE 2 MG, 4 MG GUM	\$0 (Nivel 4)	
<i>eq nicotine 14 mg/24hr patch; nicotine 21 mg/24hr patch; nicotine 7 mg/24hr patch; nicotine transdermal system</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>cvs nicotine 2 mg, 4 mg mini lozenge; gnp nicotine 2 mg, 4 mg mini lozenge; nicotine 2 mg, 4 mg chewing gum</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>night time 6.25 mg-15 mg-325 mg capsule</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>night time cold and flu relief 6.25 mg-15 mg-325 mg/15 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>night time cold med liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>pv night time cold-flu relief</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>night time cough & sore throat</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>night time pain medicine 25 mg-500 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>nighttime sleep 50 mg capsule</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>nighttime allergy relief 25 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>nighttime cold-flu 6.25 mg-15 mg-325 mg capsule</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>nighttime cough 6.25 mg-15 mg/15 ml oral solution</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>pv nighttime cough-cold liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>nighttime sinus-congestion cp</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>nighttime sleep aid (diphenhydramine) 25 mg, 50 mg capsule; nighttime sleep aid (diphenhydramine) 50 mg/30 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>nighttime sleep-aid (doxylamine) 25 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
NINJACOF 12.5 MG-12.5 MG/5 ML ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
NINJACOF-A 12.5 MG-12.5 MG-160 MG/5 ML ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
<i>ninjacof-xg 8 mg-200 mg/5 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>nite time cold-flu 6.25 mg-15 mg-325 mg/15 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>pv night cold-flu plus liq gel</i>	\$0 (Nivel 4)	



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
nite time-d cold-flu relief 6.25 mg-30 mg-15mg-500mg/15ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
nite-time cold-flu 6.25 mg-15 mg-325 mg capsule	\$0 (Nivel 4)	
nitetime multi-symptom 12.5 mg-30 mg-1,000 mg/30 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
niva-hist dm 4 mg-7.5 mg-15 mg/5 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
nivanex dmx 10 mg-15 mg-380 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
NIX CREME RINSE 1 % TOPICAL LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
NO DOZ 200 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
no drip 0.05 % nasal spray	\$0 (Nivel 4)	
noble formula 2 % shampoo	\$0 (Nivel 4)	
noble formula hc 1 % topical cream	\$0 (Nivel 4)	
nohist-dm 4 mg-10 mg-15 mg/5 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
nohist-lq 4 mg-10 mg/5 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
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	\$0 (Nivel 4)	
pv non-aspirin 8-hr 650 mg	\$0 (Nivel 4)	
non-aspirin child 120 mg sup	\$0 (Nivel 4)	
non-aspirin 500 mg softgel; non-aspirin extra strength 500 mg tablet; non-aspirin extra strength 500 mg/15 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
non-aspirin nighttime 25 mg-500 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
non-aspirin pain relief 325 mg, 500 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
non-aspirin pain relief pm 25 mg-500 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
non-aspirin pm 25 mg-500 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
pv non-asa severe congest cpl	\$0 (Nivel 4)	
non-drowsy allergy 10 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
nortemp 160 mg/5 ml oral suspension; nortemp 80 mg/0.8 ml oral drops	\$0 (Nivel 4)	
nose drops 1 %	\$0 (Nivel 4)	
nose drops extra strength 1 %	\$0 (Nivel 4)	
nose 0.05% spray pump	\$0 (Nivel 4)	
nts step 1 21 mg/24 hr transdermal 24 hour patch	\$0 (Nivel 4)	
pv nu-way 1% nasal spray	\$0 (Nivel 4)	
NU-IRON 150 MG IRON CAPSULE	\$0 (Nivel 4)	
nuzole 2% cream	\$0 (Nivel 4)	
nyquil d cold & flu liquid	\$0 (Nivel 4)	
pv nyt-time sleep 25 mg caplet	\$0 (Nivel 4)	
nytol 25 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
OCEAN FOR KIDS 0.65% NASAL SPY	\$0 (Nivel 4)	
OCEAN NASAL 0.65 % SPRAY AEROSOL	\$0 (Nivel 4)	
odor control foot-sneaker 1 % topical spray powder	\$0 (Nivel 4)	
off active 15 % topical spray	\$0 (Nivel 4)	
off deep woods 25 % topical pump spray; off deep woods 25 % topical spray	\$0 (Nivel 4)	
off deep woods dry 25 % topical spray powder	\$0 (Nivel 4)	
off deep woods sportsmen 25 %, 98.25 % topical spray pump; off deep woods sportsmen 30 % topical spray	\$0 (Nivel 4)	
off familycare (with deet) 15 % topical spray powder; off familycare (with deet) 5 %, 7 % topical spray	\$0 (Nivel 4)	
off familycare (with picaridin) 5 % topical spray with pump	\$0 (Nivel 4)	
omeprazole mag dr 20.6 mg cap	\$0 (Nivel 4)	
opcicon one-step 1.5 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
opti-clear 0.05 % eye drops	\$0 (Nivel 4)	
ora relief 1.4 % mucosal spray	\$0 (Nivel 4)	
oral relief sore throat spray 1.4 % aerosol	\$0 (Nivel 4)	
ORASEP 2 %-0.5 %-0.1 % MUCOSAL SPRAY	\$0 (Nivel 4)	
original nasal spray 0.05 %	\$0 (Nivel 4)	
ormir 50 mg capsule	\$0 (Nivel 4)	
pub oxymetazoline hcl 0.05%	\$0 (Nivel 4)	
oysco-500 500 mg calcium (1,250 mg) tablet	\$0 (Nivel 4)	
oyster shell calcium 500 mg calcium (1,250 mg) tablet	\$0 (Nivel 4)	
oyster shell calcium 500 500 mg calcium (1,250 mg) tablet	\$0 (Nivel 4)	
oyster shell calcium-vit d tab	\$0 (Nivel 4)	
PAIN AND FEVER 325 MG, 500 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
pain and sleep 25 mg-500 mg tablet	\$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	\$0 (Nivel 4)	
pain relief (acetaminophen-aspirin-caff) 250 mg-250 mg-65 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
pain relief adult 500 mg/15 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
pain relief allergy sinus 2 mg-5 mg-325 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
pain relief cold and cough 1,000 mg-30 mg/30 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
pain relief extra strength 500 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
pain relief pm 25 mg-500 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
pain relief pm rapid release 25 mg-500 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>pain relief regular strength 325 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>pain relief sinus pe 5 mg-325 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>pain reliever 325 mg, 500 mg tablet; pain reliever 500 mg capsule</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>pain reliever (acetaminophen-aspirin) 250 mg-250 mg-65 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>pain reliever extra strength 500 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>pain reliever plus 250 mg-250 mg-65 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>pain reliever pm 25 mg-500 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>pain reliever pm ex-strength 25 mg-500 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>pain relieving (methyl salicylate-menthol) 15 %-1 % topical cream</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>pain-off 250 mg-250 mg-65 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>pamprin max 250 mg-250 mg-65 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
PANOXYL 10 % BAR; PANOXYL 3 % TOPICAL CREAM	\$0 (Nivel 4)	
<i>panoxyl 10 % topical cleanser</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>panoxyl-4 4 % topical cleanser</i>	\$0 (Nivel 4)	
PEDI-BORO SOAK 839 MG-1,191 MG TOPICAL POWDER IN PACKET	\$0 (Nivel 4)	
<i>sm pedia relief liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
PEDIA RELIEF COUGH-COLD 1 MG-15 MG-5 MG/5 ML ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
<i>pediacare fever reducer 160 mg/5 ml oral suspension</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>pediacare multi-symptom cold 2.5 mg-5 mg/5 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>pediatric cough and cold 1 mg-15 mg-5 mg/5 ml oral liquid; pediatric cough-cold syrup</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>peg3350 17 gram/dose oral powder</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>pep-t-med 262 mg chewable tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
PEPCID AC 10 MG, 20 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
PEPCID COMPLETE 10 MG-800 MG-165 MG CHEWABLE TABLET	\$0 (Nivel 4)	
<i>peptic relief 262 mg/15 ml oral suspension</i>	\$0 (Nivel 4)	
PEPTO-BISMOL 262 MG CHEWABLE TABLET; PEPTO-BISMOL 262 MG/15 ML ORAL SUSPENSION	\$0 (Nivel 4)	
<i>pepto-bismol 262 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
PEPTO-BISMOL MAX ST 525 MG/15 ML ORAL SUSPENSION	\$0 (Nivel 4)	
PEPTO-BISMOL TO-GO 262 MG CHEWABLE TABLET	\$0 (Nivel 4)	
PERCOGESIC 12.5 MG-325 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
PERDIEM OVERNIGHT RELIEF 15 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
PERI-COLACE TABLET	\$0 (Nivel 4)	
PERIGUARD TOPICAL OINTMENT	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>cvs permethrin 1% lotion</i>	\$0 (Nivel 4)	
PERSA-GEL 10 % TOPICAL	\$0 (Nivel 4)	
PETROLEUM JELLY TOPICAL	\$0 (Nivel 4)	
PETROLEUM JELLY, WHITE TOPICAL	\$0 (Nivel 4)	
<i>pharbecchlor 4 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>pharbedryl 25 mg, 50 mg capsule</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>pharbetol 325 mg, 500 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
PHAZYME 180 MG CAPSULE	\$0 (Nivel 4)	
<i>phenaseptic 1.4 % mucosal spray</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>12.5cpd-120gfn-5peh liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>15dm-100gfn-5peh liquid; 20dm-100gfn-10peh liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>phenylhistine dh liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
PHILLIPS MILK OF MAGNESIA 400 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	\$0 (Nivel 4)	
<i>phillips' liqui-gels 100 mg capsule</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>pink bismuth 262 mg chewable tablet; pink bismuth 262 mg tablet; pink bismuth 262 mg/15 ml, 525 mg/15 ml oral suspension</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>pink bismuth maximum strength 525 mg/15 ml oral suspension</i>	\$0 (Nivel 4)	
PLAN B ONE-STEP 1.5 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
<i>podactin 1% powder</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>pv poly bacitracin ointment</i>	\$0 (Nivel 4)	
POLY HIST FORTE (DOXYLAMINE) 7.5 MG-10 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
POLY HIST PD 6.25 MG-6.25 MG/ML ORAL DROPS	\$0 (Nivel 4)	
POLY-HIST DM (THONZYLAMINE) 25 MG-5 MG-10 MG/5 ML ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
<i>poly-iron 150 mg iron capsule</i>	\$0 (Nivel 4)	
POLY-TUSSIN AC 4 MG-10 MG-10 MG/5 ML ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
POLY-VENT DM 60 MG-20 MG-380 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
POLY-VENT IR 60 MG-380 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
<i>polyethylene glycol 3350 powd^{EC}</i>	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
POLYSPORIN 500 UNIT-10,000 UNIT/GRAM TOPICAL OINTMENT	\$0 (Nivel 4)	
<i>polyvinyl alcoh 1.4 % eyedrop</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>povidone-iodine 10% ointment; povidone-iodine 10% swabstick; povidone-iodine 7.5% scrub; qc povidone-iodine 10% soln</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>powderlax 17 gram/dose oral</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>pramoxine hcl 1% foam</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>pre-moistened hemorrhoidal topical pads</i>	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
PREPARATION H 0.25 %-14 %-74.9 % OINTMENT	\$0 (Nivel 4)	
<i>preparation h (witch hazel) 50 % topical pads</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>preparation h hydrocortisone 1 % topical cream</i>	\$0 (Nivel 4)	
PREPARATION H MAXIMUM STRENGTH 0.25 %-1 % RECTAL CREAM	\$0 (Nivel 4)	
PREPARATION H (PHENYLEPHRINE,WITCH HAZEL) 0.25 %-50 % TOPICAL GEL	\$0 (Nivel 4)	
PREPARATION H(PHENYLEPH,COCOA BUTTR) 0.25 %-88.44 % RECTAL SUPPOSITORY	\$0 (Nivel 4)	
<i>pres gen 5 mg-10 mg-200 mg/5 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>presgen b 4 mg-10 mg-20 mg/5 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>pv pressure-pain caplet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>pressure-pain pe plus mucus 5 mg-325 mg-200 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
PREVACID 24HR 15 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE	\$0 (Nivel 4)	
PRILOSEC OTC 20 MG TABLET,DELAYED RELEASE	\$0 (Nivel 4)	
PRIMATENE ASTHMA 12.5 MG-200 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
PRO-CHLO LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
PRO-CLEAR AC SYRUP	\$0 (Nivel 4)	
PRO-RED AC (WITH DEXCHLORPHENIRAMINE) 1 MG-5 MG-9 MG/5 ML ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
<i>promolaxin 100 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
PROSHIELD PLUS 1 % TOPICAL OINTMENT	\$0 (Nivel 4)	
<i>protective ointment</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>provil 200 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>gnp pseudoephedrine er 120 mg; pseudoephed 30 mg/5 ml soln; pseudoephedrine 30 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>guaifenesin-pse er 600-60 mg</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>psyllium fiber 0.52 g capsule</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>pure and gentle disposable 19 gram-7 gram/118 ml enema</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>pure and gentle eye 0.3 % drops</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>purelax 17 gram/dose oral powder</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>pyridoxine 25 mg, 50 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>phenylephrine-pyrlamine 10-25</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>q-dryl 12.5 mg/5 ml liquid; q-dryl 25 mg capsule</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>q-pap 160 mg/5 ml liquid; q-pap 325 mg, 500 mg tablet; q-pap ex-str 325 mg, 500 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>q-pap ex-str 500 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
q-tapp elixir	\$0 (Nivel 4)	
q-tapp dm elixir	\$0 (Nivel 4)	
q-tussin 100 mg/5 ml solution	\$0 (Nivel 4)	
q-tussin dm syrup	\$0 (Nivel 4)	
quenalin 12.5 mg/5 ml syrup	\$0 (Nivel 4)	
quit 2 mg buccal lozenge; quit 2 mg gum	\$0 (Nivel 4)	
quit 4 mg buccal lozenge; quit 4 mg gum	\$0 (Nivel 4)	
racepinephrine 2.25% soln	\$0 (Nivel 4)	
ranitidine 15 mg/ml syrup; ranitidine 150 mg, 300 mg capsule; ranitidine 150 mg, 300 mg tablet ^{EC}	hasta \$3.30 (Nivel 1)	
react 1.5 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
ready-to-use enema 19 gram-7 gram/118 ml	\$0 (Nivel 4)	
ready-to-use enema (mineral oil)	\$0 (Nivel 4)	
recort plus 1% cream	\$0 (Nivel 4)	
rectasmoothe 5 % topical cream	\$0 (Nivel 4)	
RECTICARE 5 % TOPICAL CREAM	\$0 (Nivel 4)	
redness relief 0.012 %-0.2 % eye drops	\$0 (Nivel 4)	
redness reliever eye drops 0.05 %	\$0 (Nivel 4)	
refenesen 200 mg, 400 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
refenesen dm 20 mg-400 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
refenesen pe 10 mg-400 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
REFRESH CELLUVISC 1 % EYE GEL IN A DROPPERETTE	\$0 (Nivel 4)	
REFRESH CLASSIC (PF) 1.4 %-0.6 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE	\$0 (Nivel 4)	
REFRESH LACRI-LUBE 56.8 %-42.5 % EYE OINTMENT	\$0 (Nivel 4)	
REFRESH OPTIVE ADVANCED 0.5 %-1 %-0.5 % EYE DROPS	\$0 (Nivel 4)	
REFRESH OPTIVE ADVANCED (PF) 0.5 %-1 %-0.5 % EYE DROPS IN DROPPERETTE	\$0 (Nivel 4)	
REFRESH OPTIVE SENSITIVE (PF) 0.5 %-0.9 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE	\$0 (Nivel 4)	
REFRESH P.M. 57.3 %-42.5 % EYE OINTMENT	\$0 (Nivel 4)	
REFRESH PLUS 0.5 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE	\$0 (Nivel 4)	
reguloid oral powder	\$0 (Nivel 4)	
reguloid capsule	\$0 (Nivel 4)	
reguloid, sugar free oral powder	\$0 (Nivel 4)	
relcof c 6.3 mg-100 mg/5 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
relcof dm 4-15-7.5 mg/5 ml liq	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
relcof ir 10 mg-380 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
relhist bp 4 mg-10 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
relhist dmx 10 mg-15 mg-380 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
remedy 4-in-1 cleanser topical liquid	\$0 (Nivel 4)	
REMEDY ANTIFUNGAL 2 % TOPICAL CREAM	\$0 (Nivel 4)	
remedy antifungal 2 % topical powder	\$0 (Nivel 4)	
REMEDY CALAZIME SKIN PASTE 0.4 %-20 % TOPICAL PASTE	\$0 (Nivel 4)	
REMEDY CLEANSING BODY 1.5 % TOPICAL CLEANSER	\$0 (Nivel 4)	
REMEDY DIMETHICONE CREAM 5 % TOPICAL	\$0 (Nivel 4)	
REMEDY NUTRASHIELD SKIN PROTEC 1 % CREAM	\$0 (Nivel 4)	
remedy phytoplex antifungal 2 % topical ointment; remedy phytoplex antifungal 2 % topical powder	\$0 (Nivel 4)	
REMEDY SKIN REPAIR 1.5 % CREAM	\$0 (Nivel 4)	
rena-vite 0.8 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
renal vitamin 0.8 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
renal-vite 0.8 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
repel 100 98.11 % topical pump spray	\$0 (Nivel 4)	
repel family 10 % topical spray; repel family 15 % topical spray powder	\$0 (Nivel 4)	
repel hunter's 25 % topical spray	\$0 (Nivel 4)	
repel sportsmen 25 % topical spray	\$0 (Nivel 4)	
repel sportsmen dry 25 % topical spray	\$0 (Nivel 4)	
repel sportsmen max 40 % lotion; repel sportsmen max 40 % topical pump spray; repel sportsmen max 40 % topical spray	\$0 (Nivel 4)	
repel tick defense 15 % topical spray	\$0 (Nivel 4)	
RESCON 2 MG-60 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
RESCON-DM 2 MG-30 MG-10 MG/5 ML ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
RESCON-GG 5 MG-100 MG/5 ML ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
RESPAIRE-30 30 MG-150 MG CAPSULE	\$0 (Nivel 4)	
pv rest simply 25 mg caplet	\$0 (Nivel 4)	
restfully sleep 25 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
restore tears 0.5 % eye drops	\$0 (Nivel 4)	
retaine cmc 0.5 % eye drops in a dropperette	\$0 (Nivel 4)	
revive plus 0.5 % eye drops in a dropperette	\$0 (Nivel 4)	
ri-gel 200 mg-200 mg-20 mg/5 ml oral suspension	\$0 (Nivel 4)	
ri-gel ii 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral suspension	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>ri-mox 200 mg-200 mg-20 mg/5 ml oral suspension</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>ri-tussin 100 mg/5 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>ri-tussin dm 10 mg-100 mg/5 ml syrup</i>	\$0 (Nivel 4)	
RID COMPLETE LICE ELIMINATION KIT 0.5 % SPRAY; RID COMPLETE LICE ELIMINATION KIT 4 %-0.33 %-0.5 % TOPICAL	\$0 (Nivel 4)	
<i>rid lice killing 0.33 %-4 % shampoo</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>ringworm 1 % topical cream</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>robafen 100 mg/5 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>robafen cf (phenylephrine) 5 mg-10 mg-100 mg/5 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>robafen dm cough 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>robafen dm cough-chest congestion 10 mg-100 mg/5 ml syrup</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>robitussin cough and cold cf 2.5 mg-5 mg-50 mg/5 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>robitussin cough-chest congestion dm 10 mg-200 mg capsule; robitussin cough-chest dm liq</i>	\$0 (Nivel 4)	
ROBITUSSIN COUGHGEL 15 MG CAPSULE	\$0 (Nivel 4)	
<i>robitussin long-acting 1 mg-7.5 mg/5 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>robitussin m-s cold cf max liq</i>	\$0 (Nivel 4)	
ROBITUSSIN NIGHTTIME COUGH DM 12.5 MG-30 MG/10 ML ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
<i>robitussin pediatric 7.5 mg/5 ml syrup</i>	\$0 (Nivel 4)	
ROGAINE 2 % TOPICAL SOLUTION	\$0 (Nivel 4)	
ROGAINE EXTRA STRENGTH FOR MEN 5 % TOPICAL SOLUTION	\$0 (Nivel 4)	
<i>ru-hist d 4 mg-10 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
RUBBING ALCOHOL (ETHANOL) 70 % TOPICAL SOLUTION	\$0 (Nivel 4)	
RULOX 200 MG-200 MG-20 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	\$0 (Nivel 4)	
<i>rycontuss 2 mg-5 mg-10 mg/5 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>rydex 1.3 mg-10 mg-6.3 mg/5 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
RYMED (DEXCHLORPHENIRAMINE-PHENYLEPHRINE) 2 MG-10 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
<i>rynex dm 1 mg-2.5 mg-5 mg/5 ml oral solution</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>rynex pe 1 mg-2.5 mg/5 ml oral solution</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>rynex pse 1 mg-15 mg/5 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
S2 RACEPINEPHRINE 2.25 % SOLUTION FOR NEBULIZATION	\$0 (Nivel 4)	
<i>safe tussin dm 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>sal-plant 17 % topical gel</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>salactic film 17 % topical liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
saline mist 0.65 % nasal spray aerosol	\$0 (Nivel 4)	
saline nasal 0.65 % spray aerosol	\$0 (Nivel 4)	
saline nasal mist 0.65 % spray aerosol	\$0 (Nivel 4)	
saline nose 0.65 % spray aerosol	\$0 (Nivel 4)	
saline wound wash (benzethonium chloride) 0.13 % topical cleanser	\$0 (Nivel 4)	
SANI-SUPP (ADULT) RECTAL	\$0 (Nivel 4)	
SANI-SUPP (INFANT) RECTAL	\$0 (Nivel 4)	
SARNA ANTI-ITCH 0.5 %-0.5 % LOTION	\$0 (Nivel 4)	
SCOT-TUSSIN EXPECTORANT 100 MG/5 ML ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
scrub care povidone iodine 10 % topical solution	\$0 (Nivel 4)	
sea soft 0.65% nasal mist	\$0 (Nivel 4)	
sebex 2 %-2 % shampoo	\$0 (Nivel 4)	
secura antifungal 2 % topical cream	\$0 (Nivel 4)	
secura antifungal extra thick 2 % topical cream	\$0 (Nivel 4)	
secura dimethicone 5 % topical cream	\$0 (Nivel 4)	
SECURA MOISTURIZING 0.13 % TOPICAL CLEANSER	\$0 (Nivel 4)	
SECURA PERSONAL 0.13 % TOPICAL CLEANSER	\$0 (Nivel 4)	
secura protective topical ointment	\$0 (Nivel 4)	
SECURA PROTECTIVE (ZINC OXIDE) 10 % TOPICAL CREAM	\$0 (Nivel 4)	
SECURA TOTAL BODY CLEANSER 0.13 % FOAM	\$0 (Nivel 4)	
selsun blue 1 % shampoo	\$0 (Nivel 4)	
selsun blue (salicylic acid) 3 % shampoo	\$0 (Nivel 4)	
selsun blue naturals 3 % shampoo	\$0 (Nivel 4)	
sen-o-tab 8.6 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
senexon 8.6 mg tablet; senexon 8.8 mg/5 ml liquid	\$0 (Nivel 4)	
senexon-s 8.6 mg-50 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
senna 8.6 mg tablet; senna 8.8 mg/5 ml syrup	\$0 (Nivel 4)	
senna lax 8.6 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
senna laxative 25 mg, 8.6 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
senna laxative-stool softener 8.6 mg-50 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
senna plus 8.6 mg-50 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
senna with docusate sodium 8.6 mg-50 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
senna-s 8.6 mg-50 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
senna-time s 8.6 mg-50 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
sennalax-s tablet	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
senno 8.6 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
sennosides-docusate sodium tab	\$0 (Nivel 4)	
SENOKOT 8.6 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
SENOKOT-S 8.6 MG-50 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
SENSI-CARE PROTECTIVE OINTMENT	\$0 (Nivel 4)	
SENSI-CARE MOISTURIZING 2 CRM	\$0 (Nivel 4)	
severe allergy-sinus headache 25 mg-5 mg-325 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
severe cold 5 mg-10 mg-325 mg-200 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
pv severe cold caplet	\$0 (Nivel 4)	
severe cold and flu (phenylephrine) 5 mg-10 mg-325 mg-200 mg tablet; severe cold-flu (phenylephrine) 5 mg-10 mg-325 mg-200 mg/15 ml liquid	\$0 (Nivel 4)	
severe cold-flu nighttime 6.25 mg-5 mg-10 mg-325 mg/15 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
severe cold cough-flu 25 mg-10 mg-650 mg oral powder packet	\$0 (Nivel 4)	
severe cold multi-symptom 5 mg-10 mg-325 mg-200 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
severe cold pe 12.5 mg-5 mg-325 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
pv severe congestion nose spray	\$0 (Nivel 4)	
pv severe congest-cough max lq	\$0 (Nivel 4)	
severe sinus 5 mg-325 mg-200 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
severe sinus congestion allergy-cough 6.25 mg-5 mg-10 mg-325 mg cap	\$0 (Nivel 4)	
shake that ache 500 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
silace 50 mg/5 ml oral liquid; silace 60 mg/15 ml syrup	\$0 (Nivel 4)	
siladryl sa 12.5 mg/5 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
silphen cough 12.5 mg/5 ml syrup	\$0 (Nivel 4)	
siltussin dm das 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
siltussin sa 100 mg/5 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
siltussin-dm 10 mg-100 mg/5 ml syrup	\$0 (Nivel 4)	
gnp simethicone 125 mg, 180 mg softgel; simethicone 125 mg, 180 mg softgel; simethicone 125 mg, 80 mg tab chew; simethicone 40 mg/0.6 ml drop	\$0 (Nivel 4)	
sinus 12 hour 120 mg tablet,extended release	\$0 (Nivel 4)	
pv sinus & allergy 120 mg cplt	\$0 (Nivel 4)	
sinus and allergy pe 4 mg-10 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
sm sinus and allergy tablet	\$0 (Nivel 4)	
sinus and cold-d 220 mg-120 mg tablet,extended release	\$0 (Nivel 4)	
sinus congestion and pain day-night 2 mg-5 mg-325 mg tablets	\$0 (Nivel 4)	
sinus congestion and pain 5 mg-325 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
sinus congestion and pain (chlorpheniramine) 2 mg-5 mg-325 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
sinus congestion and pain (guaifenesin) 5 mg-325 mg-200 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
sinus decongestant (pe) 10 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
sinus headache pe 5 mg-325 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
sinus maximum strength 5 mg-325 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
sinus nasal spray 0.05 %	\$0 (Nivel 4)	
sinus pain relief 5 mg-325 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
sinus pe decongestant 10 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
sinus relief (non-drowsy) 5 mg-325 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
sinus relief (oxymetazoline) 0.05 % nasal mist; sinus relief (oxymetazoline) 0.05 % nasal spray	\$0 (Nivel 4)	
sinus relief pressure and pain 5 mg-325 mg-200 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
sinus relief severe congestion 5 mg-325 mg-200 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
sinus and allergy (phenylephrine) 4 mg-10 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
sinutrol pe 2 mg-5 mg-325 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
skin protectant a and d topical ointment	\$0 (Nivel 4)	
skin treatment 12 % lotion	\$0 (Nivel 4)	
sleep 25 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
sleep aid (diphenhydramine) 25 mg tablet; sleep aid (diphenhydramine) 25 mg, 50 mg capsule; sleep aid (diphenhydramine) 50 mg/30 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
sleep aid (doxylamine) 25 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
sleep aid max strength (diphenhydramine) 50 mg capsule	\$0 (Nivel 4)	
sleep ii 25 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
sleep tablet (diphenhydramine) 25 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
sleep time 50 mg/30 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
sleepgels 50 mg	\$0 (Nivel 4)	
sleeping 50 mg capsule	\$0 (Nivel 4)	
smooth antacid 300 mg (750 mg) chewable tablet	\$0 (Nivel 4)	
smoothlax 17 gram, 17 gram/dose oral powder; smoothlax 17 gram, 17 gram/dose oral powder packet	\$0 (Nivel 4)	
sochlor 5 % eye drops; sochlor 5 % eye ointment	\$0 (Nivel 4)	
sodium bicarb 325 mg, 650 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
cvs sodium chloride 5% eye drp; cvs sodium chloride 5% oint	\$0 (Nivel 4)	
sodium chloride 1,000 mg tab	\$0 (Nivel 4)	
sof-lax 100 mg capsule	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>ra soluble fiber 500 mg cplt</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>soothe (bismuth subsalicylate) 262 mg chewable tablet; soothe (bismuth subsalicylate) 262 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
SOOTHE AND COOL INZO BARRIER 5 % TOPICAL CREAM	\$0 (Nivel 4)	
SOOTHE AND COOL MEDSEPTIC 50 % TOPICAL OINTMENT	\$0 (Nivel 4)	
<i>soothe and cool skin paste topical ointment</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>soothe regular strength 262 mg/15 ml oral suspension</i>	\$0 (Nivel 4)	
SOOTHE AND COOL MOISTURE BARRIER 92.8 %, 98.3 % TOPICAL OINTMENT	\$0 (Nivel 4)	
SOOTHE-COOL PROTECT MEDSEPTIC 50 % TOPICAL OINTMENT	\$0 (Nivel 4)	
<i>soothing care (hydrocortisone) 1 % topical cream</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>sorbugen nr 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>pv sore throat lozenge</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>sore throat (phenol) 1.4 % aerosol spray</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>sore throat & cough lozenge</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>st joseph aspirin 81 mg chewable tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>st. joseph aspirin 81 mg tablet, delayed release</i>	\$0 (Nivel 4)	
STAFLEX TABLET	\$0 (Nivel 4)	
STAHIST AD 25 MG-60 MG TABLET; STAHIST AD 25 MG-60 MG/5 ML ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
<i>stay awake 200 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>stay awake maximum strength 200 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>sterile eye drops 0.05 %</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>stimulant laxative plus 8.6 mg-50 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>stomach relief 262 mg chewable tablet; stomach relief 262 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>stomach relief max strength 525 mg/15 ml oral suspension</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>stomach relief original 262 mg/15 ml oral suspension</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>stool softener 100 mg tablet; stool softener 100 mg, 250 mg capsule; stool softener 50 mg/5 ml oral liquid; stool softener 60 mg/15 ml syrup</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>stool softener-stimulant laxative 8.6 mg-50 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
SUDAFED 30 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
SUDAFED 12 HOUR 120 MG TABLET, EXTENDED RELEASE	\$0 (Nivel 4)	
SUDAFED PE PRESSURE+PAIN 5 MG-325 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
<i>sudafed pe pressure+pain+cough 5 mg-10 mg-325 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
SUDAFED PE PRESSURE+PAIN+MUCUS 5 MG-325 MG-200 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
<i>sudogest 30 mg, 60 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
sudogest 12-hour 120 mg tablet,extended release	\$0 (Nivel 4)	
sudogest cold and allergy 4 mg-60 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
sudogest pe 10 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
sudogest sinus and allergy 4 mg-60 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
super calcium 600 mg calcium (1,500 mg) tablet	\$0 (Nivel 4)	
cvs super pain relief tab	\$0 (Nivel 4)	
suphedrin 15 mg/5 ml oral liquid; suphedrin 30 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
suphedrin 12 hour 120 mg tablet,extended release	\$0 (Nivel 4)	
suphedrine 30 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
suphedrine 12 hour 120 mg tablet,extended release	\$0 (Nivel 4)	
suphedrine pe 10 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
suphedrine pe cold and allergy 4 mg-10 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
suphedrine pe sinus and allergy 4 mg-10 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
suphedrine pe sinus headache 5 mg-325 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
suppository adult rectal	\$0 (Nivel 4)	
SURFAK 240 MG CAPSULE	\$0 (Nivel 4)	
swim ear 95 %-5 % drops	\$0 (Nivel 4)	
swimmer's instant ear dry 95 %-5 % drops	\$0 (Nivel 4)	
SYSTANE (PF) 0.4 %-0.3 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE	\$0 (Nivel 4)	
SYSTANE (PROPYLENE GLYCOL) 0.4 %-0.3 % EYE DROPS	\$0 (Nivel 4)	
SYSTANE GEL 0.3 % EYE GEL; SYSTANE GEL 0.4 %-0.3 % EYE DROPS	\$0 (Nivel 4)	
SYSTANE NIGHTTIME 94 %-3 % EYE OINTMENT	\$0 (Nivel 4)	
SYSTANE ULTRA 0.4 %-0.3 % EYE DROPS	\$0 (Nivel 4)	
SYSTANE ULTRA 0.4-0.3% EYE DRP	\$0 (Nivel 4)	
t-plus 0.5 % shampoo	\$0 (Nivel 4)	
tab tussin 400 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
tab tussin dm 20 mg-400 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
tactinal 325 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
tactinal extra strength 500 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
TAGAMET HB 200 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
TAKE ACTION 1.5 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
tears again (pva) 1.4 % eye drops	\$0 (Nivel 4)	
TEARS NATURALE FORTE DROPS	\$0 (Nivel 4)	
tears naturale free drops	\$0 (Nivel 4)	
tears naturale-ii eye drops	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
TEARS NATURALE PM EYE OINT	\$0 (Nivel 4)	
tears pure drops	\$0 (Nivel 4)	
tension headache 500 mg-65 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
tension headache pain reliever 500 mg-65 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
pv tension headache rlf caplet	\$0 (Nivel 4)	
tera-gel tar shampoo 0.5 %	\$0 (Nivel 4)	
terbinafine 1% cream	\$0 (Nivel 4)	
the magic bullet 10 mg rectal suppository	\$0 (Nivel 4)	
thera-gel 0.5 % shampoo	\$0 (Nivel 4)	
THERA-GESIC 15 %-1 % TOPICAL CREAM	\$0 (Nivel 4)	
THERA-GESIC PLUS 25 %-4 % TOPICAL CREAM	\$0 (Nivel 4)	
theraflu expressmax cold-cough day 5 mg-10 mg-325 mg/15 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
theraflu expressmax cold-cough night 25 mg-10 mg-650 mg/30 ml oral liq	\$0 (Nivel 4)	
THERAFLU FLU-SORE THROAT 20 MG-10 MG-650 MG ORAL POWDER PACKET	\$0 (Nivel 4)	
THERAFLU NIGHTTIME SEVERE COLD-COUGH 25 MG-10 MG-650 MG POWDER PACKET	\$0 (Nivel 4)	
therapeutic mineral ice 2 % topical gel	\$0 (Nivel 4)	
cvs therapeutic 3% shampoo; therapeutic shampoo 0.5 %, 3 %	\$0 (Nivel 4)	
therapeutic t plus 3 % shampoo	\$0 (Nivel 4)	
theratears 1 % gel in a dropperette	\$0 (Nivel 4)	
throat spray 1.4 % aerosol	\$0 (Nivel 4)	
TINACTIN 1 % TOPICAL CREAM; TINACTIN 1 % TOPICAL POWDER; TINACTIN 1 % TOPICAL SPRAY; TINACTIN 1 % TOPICAL SPRAY POWDER	\$0 (Nivel 4)	
cvs tioconazole 1 6.5% ointmnt	\$0 (Nivel 4)	
tioconazole-1 6.5 % vaginal ointment	\$0 (Nivel 4)	
gnp tolnaftate 1% cream; tolnaftate 1% powder; tolnaftate 1% solution; tolnaftate 1% spray powder	\$0 (Nivel 4)	
total allergy medicine 25 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
total home insect repellent 30 % topical spray	\$0 (Nivel 4)	
travel sickness 50 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
tri-biozene ointment	\$0 (Nivel 4)	
tri-buffered aspirin 325 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
vr triacting cold-cough liq	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>triaminic cold and cough (pe) 2.5 mg-5 mg/5 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
TRIAMINIC COLD AND COUGH NIGHT TIME(PE)6.25 MG-2.5 MG/5 ML ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
TRIPLE ANTIBIOTIC 3.5 MG-400 UNIT-5,000 UNIT TOPICAL OINTMENT IN PACKT	\$0 (Nivel 4)	
<i>triple antibiotic 3.5 mg-400 unit-5,000 unit/gram topical ointment</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>triple antibiotic (pram) extra 3.5 mg-500 unit-10,000 unit/g top oint</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>triple antibiotic plus 3.5 mg-500 unit-10,000 unit/gram top ointment</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>triple antibiotic-pain relief 3.5 mg-500 unit-10,000 unit/gram ointmnt</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>triple paste af 2 % topical ointment</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>trixaicin 0.025% cream</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>trixaicin hp 0.075% cream</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>tucks (witch hazel) 50 % topical pads</i>	\$0 (Nivel 4)	
TUMS 200 MG CALCIUM (500 MG), 300 MG (750 MG) CHEWABLE TABLET	\$0 (Nivel 4)	
<i>tums dual action (famotidine) 10 mg-800 mg-165 mg chewable tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
TUMS E-X 300 MG (750 MG) CHEWABLE TABLET	\$0 (Nivel 4)	
TUMS EXTRA STRENGTH SMOOTHIES 300 MG (750 MG) CHEWABLE TABLET	\$0 (Nivel 4)	
TUMS FRESHERS 200 MG CALCIUM (500 MG) CHEWABLE TABLET	\$0 (Nivel 4)	
<i>tums ultra 1,177 mg chewable tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
TUMS ULTRA 400 MG CALCIUM (1,000 MG) CHEWABLE TABLET	\$0 (Nivel 4)	
<i>tusicof 10 mg-20 mg-400 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>tusnel c 30 mg-10 mg-100 mg/5 ml syrup</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>tusnel diabetic 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
TUSNEL NEW FORMULA 30 MG-15 MG-200 MG/5 ML ORAL SOLUTION; TUSNEL NEW FORMULA 60 MG-30 MG-400 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
TUSNEL PEDIATRIC 15 MG-5 MG-50 MG/5 ML ORAL LIQUID; TUSNEL PEDIATRIC 7.5 MG-50 MG/ML ORAL DROPS	\$0 (Nivel 4)	
TUSNEL-DM PEDIATRIC 7.5 MG-2.5 MG-25 MG/ML ORAL DROPS	\$0 (Nivel 4)	
<i>tussi pres-b 4 mg-10 mg-20 mg/5 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>tussi-pres 5 mg-10 mg-200 mg/5 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>tussin 100 mg/5 ml oral liquid; tussin 400 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>tussin cf cough-cold 5 mg-10 mg-100 mg/5 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>tussin cf max 5 mg-10 mg-200 mg/5 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>tussin chest congestion 100 mg/5 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>tussin cough (dm only) 15 mg/5 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>pv tussin cough dm liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>tussin cough and chest congestion 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>tussin dm 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid; tussin dm 20 mg-400 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>tussin dm clear 10 mg-100 mg/5 ml syrup</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>tussin dm cough 10 mg-100 mg/5 ml syrup</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>cvs tussin dm cough-chest liq; kro tussin dm cough-chest cong; tussin dm cough and chest 10 mg-100 mg/5 ml syrup</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>pv tussin dm max liquid; tussin dm max 10 mg-200 mg/5 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>tussin expectorant 100 mg/5 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>tussin honey 100 mg/5 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>cvs tussin max-str syrup</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>tussin maximum strength cough 15 mg/5 ml syrup</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>pv tussin pe liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
TYLENOL 325 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
TYLENOL ARTHRITIS PAIN 650 MG TABLET, EXTENDED RELEASE	\$0 (Nivel 4)	
TYLENOL COLD AND FLU SEVERE 5 MG-10 MG-325 MG-200 MG TABLET; TYLENOL COLD AND FLU SEVERE 5 MG-10 MG-325 MG-200 MG/15 ML ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
TYLENOL COLD HEAD CONGESTION SEVERE 5 MG-325 MG-200 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
<i>tylenol cold max day 5 mg-10 mg-325 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
TYLENOL COLD MAX NIGHT 6.25 MG-5 MG-10 MG-325MG/15ML ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
TYLENOL SINUS SEVERE 5 MG-325 MG-200 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
TYLENOL SORE THROAT 500 MG/15	\$0 (Nivel 4)	
<i>tylophen 500 mg capsule</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>ultra a-d 2 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>ultra dm free and clear 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>ultra fresh 0.5 % eye drops</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>ultra fresh pm eye ointment</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>ultra lubricant eye 0.4 %-0.3 % drops</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>ultra sleep (doxylamine succinate) 25 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>ultra strength antacid 400 mg calcium (1,000 mg) chewable tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>ultra strength calcium antacid 400 mg calcium (1,000 mg) chew tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>ultra tuss safe 10 mg-100 mg/5 ml syrup</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>ultrathon 25 % topical spray</i>	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
ULTRATHON 34.34 % LOTION	\$0 (Nivel 4)	
<i>unisol (diphenhydramine) 50 mg/30 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
UNISOM (DOXYLAMINE) 25 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
<i>unisol sleepgels 50 mg capsule</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>vagistat-3 combo pack</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>sm allergy relief 12.5 mg/5 ml; valu-dryl allergy 25 mg capsule; valu-dryl allergy med tab</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>valu-tapp 1 mg-15 mg/5 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
VANACOF 1 MG-30 MG-12.5 MG/5 ML ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
VANACOF DM 10 MG-18 MG-200 MG/15 ML ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
VANACOF-8 50 MG-25 MG/15 ML ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
VANA HIST PD 0.625 MG/ML ORAL DROPS	\$0 (Nivel 4)	
<i>vaniply 1% ointment</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>vaporizing rub 4.8 %-1.2 %-2.6 % topical ointment</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>vaporizing steam liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>vazotab (pyrilamine) 25 mg-10 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>verticalm 25 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
VICKS CHILDREN'S NYQUIL COLD AND COUGH 2 MG-15 MG/15 ML ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
<i>vicks dayquil cold and flu relief 5 mg-10 mg-325 mg capsule; vicks dayquil cold and flu relief 5 mg-10 mg-325 mg/15 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>vicks dayquil cough 5 mg/5 ml syrup</i>	\$0 (Nivel 4)	
VICKS DAYQUIL MUCUS CONTROL DM 10 MG-200 MG/15 ML ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
<i>vicks dayquil severe cold-flu 5 mg-10 mg-325 mg-200 mg tablet; vicks dayquil severe cold-flu 5 mg-10 mg-325 mg-200 mg/15 ml liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>vicks nature fusion caplets</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>vicks nature fusion cough liq</i>	\$0 (Nivel 4)	
VICKS NYQUIL COLD/FLU (CPM) 4 MG-30 MG-650 MG/30 ML ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
<i>vicks nyquil cold/flu liquicap 6.25 mg-15 mg-325 mg capsule</i>	\$0 (Nivel 4)	
VICKS NYQUIL COUGH 6.25 MG-15 MG/15 ML ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 4)	
VICKS NYQUIL NIGHTTIME RELIEF 6.25 MG-15 MG-325 MG/15 ML ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
VICKS NYQUIL SEVERE COLD-FLU 6.25 MG-5 MG-10 MG-325 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
<i>vicks nyquil severe cold-flu 6.25 mg-5 mg-10 mg-325mg/15ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
VICKS NYQUIL SINEX LIQUICAPS	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
vicks qlearquil allergy 10 mg	\$0 (Nivel 4)	
VICKS QLEARQUIL DAY LIQUICAPS	\$0 (Nivel 4)	
VICKS QLEARQUIL NIGHT LIQUICAP	\$0 (Nivel 4)	
vicks qlearquil night 25 mg	\$0 (Nivel 4)	
vicks qlearquil 0.05 % nasal mist	\$0 (Nivel 4)	
vicks sinex 12-hour 0.05 % nasal spray	\$0 (Nivel 4)	
vicks sinex ultra fine mist 12-hour 0.05 % nasal spray	\$0 (Nivel 4)	
VICKS VAPODROPS 1.7 MG, 3.3 MG	\$0 (Nivel 4)	
VICKS VAPORUB 4.7 %-1.2 %-2.6 % TOPICAL OINTMENT	\$0 (Nivel 4)	
vicks vaporub 4.8 %-1.2 %-2.6 % topical ointment	\$0 (Nivel 4)	
vicks vaposteam liquid	\$0 (Nivel 4)	
virtussin dac 30 mg-10 mg-100 mg/5 ml syrup	\$0 (Nivel 4)	
visine 0.05 % eye drops	\$0 (Nivel 4)	
VISINE-A 0.025 %-0.3 % EYE DROPS	\$0 (Nivel 4)	
vitamin a and d ointment	\$0 (Nivel 4)	
vitamin a and d grx topical ointment; vitamin a and d grx topical ointment in packet	\$0 (Nivel 4)	
vitamin b-6 25 mg, 50 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
VIVARIN 200 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
wal-act d cold and allergy 2.5 mg-60 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
wal-dram 50 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
wal-dryl (diphenhydramine-zn acetate) 2 %-0.1 % topical cream	\$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	\$0 (Nivel 4)	
wal-dryl severe allergy-sinus 25 mg-5 mg-325 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
wal-fex allergy 180 mg, 60 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
wal-fex d 12 hour 60 mg-120 mg tablet,extended release	\$0 (Nivel 4)	
wal-finate 4 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
wal-finate-d 4 mg-60 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
wal-flu cold and sore throat 20 mg-10 mg-325 mg oral powder packet	\$0 (Nivel 4)	
wal-flu night severe cold 25 mg-10 mg-650 mg/30 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
wal-flu night time 20 mg-10 mg-650 mg oral powder packet	\$0 (Nivel 4)	
wal-flu severe cold and cough 25 mg-10 mg-650 mg oral powder packet	\$0 (Nivel 4)	
wal-flu severe cold-cough 10 mg-20 mg-650 mg oral powder packet	\$0 (Nivel 4)	
wal-four 1 % nasal spray	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
wal-itin 10 mg tablet; wal-itin 5 mg/5 ml oral solution	\$0 (Nivel 4)	
wal-itin d 10 mg-240 mg tablet,extended release	\$0 (Nivel 4)	
wal-itin d 12 hour 5 mg-120 mg tablet,extended release	\$0 (Nivel 4)	
wal-mucil fiber 0.52 gram capsule	\$0 (Nivel 4)	
wal-mucil fiber (aspartame) 3.4 gram/5.8 gram oral powder	\$0 (Nivel 4)	
wal-mucil fiber (sugar) 3.4 gram/7 gram oral powder	\$0 (Nivel 4)	
wal-nadol pm 25 mg-500 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
wal-phed 30 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
wal-phed 4 mg-60 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
wal-phed 12 hour 120 mg tablet,extended release	\$0 (Nivel 4)	
wal-phed d 120 mg tablet,extended release	\$0 (Nivel 4)	
wal-phed pe 10 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
wal-phed pe nighttime cold 25 mg-5 mg-325 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
wal-phed pe severe cold 12.5 mg-5 mg-325 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
wal-phed pe sinus and allergy 4 mg-10 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
wal-phed pe sinus headache 5 mg-325 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
wal-phed pe triple relief 5 mg-325 mg-200 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
wal-profen 200 mg capsule; wal-profen 200 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
wal-profen cold-sinus 30 mg-200 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
wal-profen d cold and sinus 30 mg-200 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
wal-proxen 220 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
wal-sleep z 25 mg capsule; wal-sleep z 50 mg/30 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
wal-som (diphenhydramine) 50 mg capsule	\$0 (Nivel 4)	
wal-som (doxylamine) 25 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
wal-sporin 500 unit-10,000 unit/gram topical ointment	\$0 (Nivel 4)	
wal-tap 1 mg-2.5 mg/5 ml oral solution	\$0 (Nivel 4)	
wal-tap dm 1 mg-2.5 mg-5 mg/5 ml oral solution	\$0 (Nivel 4)	
wal-tussin 100 mg/5 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
wal-tussin cough 15 mg capsule; wal-tussin cough 15 mg/5 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
wal-tussin cough and cold cf 5 mg-10 mg-100 mg/5 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
wal-tussin dm 10 mg-100 mg/5 ml syrup	\$0 (Nivel 4)	
wal-tussin dm clear 10 mg-100 mg/5 ml syrup	\$0 (Nivel 4)	
wal-tussin max strength cough 15 mg/5 ml syrup	\$0 (Nivel 4)	
wal-zan 150 150 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
wal-zan 75 75 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
wal-zyr (cetirizine) 1 mg/ml oral solution; wal-zyr (cetirizine) 10 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
wal-zyr (ketotifen) 0.025 % (0.035 %) eye drops	\$0 (Nivel 4)	
wal-zyr d 5 mg-120 mg tablet,extended release	\$0 (Nivel 4)	
wart remover 17 % topical gel; wart remover 17 % topical liquid	\$0 (Nivel 4)	
wee care 15 mg/1.25 ml oral suspension	\$0 (Nivel 4)	
PETROLEUM JELLY	\$0 (Nivel 4)	
white petrolatum skin protect	\$0 (Nivel 4)	
WHITE PETROLEUM JELLY TOPICAL	\$0 (Nivel 4)	
hm witch hazel solution	\$0 (Nivel 4)	
qc witch hazel astringent	\$0 (Nivel 4)	
woman's laxative 5 mg, 5 mg tablet; woman's laxative 5 mg, 5 mg tablet,delayed release	\$0 (Nivel 4)	
women's gentle laxative (bisacodyl) 5 mg tablet,delayed release	\$0 (Nivel 4)	
women's laxative (bisacodyl) 5 mg, 5 mg tablet; women's laxative (bisacodyl) 5 mg, 5 mg tablet,delayed release	\$0 (Nivel 4)	
womans stool softener 100 mg	\$0 (Nivel 4)	
z-sleep 25 mg capsule; z-sleep 50 mg/30 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
Z-TUSS AC 2 MG-9 MG/5 ML ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
ZANTAC 75 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
ZANTAC MAXIMUM STRENGTH 150 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
zeasorb (miconazole) 2 % topical powder	\$0 (Nivel 4)	
ZIKS ARTHRITIS PAIN RELIEF 0.025 %-12 %-1 % TOPICAL CREAM	\$0 (Nivel 4)	
gnp zinc oxide 20% ointment	\$0 (Nivel 4)	
zyncof 20 mg-400 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
ZYRTEC 10 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
ZYRTEC-D 5 MG-120 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	\$0 (Nivel 4)	
ZZZQUIL 25 MG CAPSULE; ZZZQUIL 50 MG/30 ML ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Índice de medicamentos

A	
A AND D (LAN, PET)	138
a-hydrocort	104
abacavir	13
abacavir-lamivudine	13
abacavir-lamivudine-zidovudine	13
ABELCET	13
ABILIFY MAINTENA	58
ABRAXANE	28
ABREVA	138
acamprosate	58
acarbose	104
acebutolol	49
ACEPHEN	138
acetadryl	138
acetaminophen	138
acetaminophen extra strength	138
acetaminophen pain relief	138
acetaminophen pm	138
acetaminophen pm extra str	138
acetaminophen-codeine	58
acetasol hc	95
acetazolamide	95
acetazolamide sodium	95
acetic acid	95
acetylcysteine	120, 126
acid control (ranitidine)	138
acid controller	138
acid controller complete	138
acid gone antacid	138
acid gone antacid e.strength	138
acid reducer (cimetidine)	138
acid reducer (famotidine)	138
acid reducer (ranitidine)	138
acid reducer complete (famot)	138
acid relief (cimetidine)	138
acitretin	128
acne cleansing bar	138
acne control cleanser	138
acne foaming wash	138
acne medication	138, 139
acne treatment (benzoyl perox)	139
acne vanishing	139
acne-clear	139
ACTHAR H.P.	87
ACTHIB (PF)	40
acticon (dexbromph-pse)	139
ACTIMMUNE	120
actinel	139
actinel pediatric	139
actisep	139
acyclovir	13, 128
acyclovir sodium	13
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF)	40
ADAGEN	94
adapalene	128
ADCIRCA	49
added strength headache relief	139

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



adefovir	13	AFINITOR	28
ADEMPAS	126	AFINITOR DISPERZ	28
adipex-p	135	AFRIN (OXYMETAZOLINE)	139
adriamycin	28	afrin no drip(oxymetazolin)	140
adt robitussin peak cld dm max	139	AFRIN SINUS (OXYMETAZOLINE)	140
adult cough formula dm max	139	aftera	140
adult nasal decongestant	139	ak-poly-bac	95
ADULT ROBITUSSIN NIGHT M-S CLD	139	ALA-HIST DM	140
adult robitussin peak cold dm	139	ala-hist ir	140
adult tussin cough congest dm	139	ALA-HIST PE	140
adult tussin dm	139	ALA-SEB	140
adult tussin multi-symp cold	139	alavert	140
adult wal-tussin	139	alavert d-12 allergy-sinus	140
adult wal-tussin dm max	139	ALAWAY	140
ADVAIR DISKUS	126	ALBENZA	13
ADVAIR HFA	126	albuterol sulfate	43
advanced antacid-antigas	139	alclometasone	128
advanced exfoliating cleanser	139	ALCOHOL PADS	128
advanced formula eye drops	139	ALCOHOL PREP PADS	128
advil	139	ALCOHOL PREP SWABS	128
ADVIL ALLERGY SINUS	139	ALCOHOL SWABS	128
ADVIL ALLERGY-CONGESTION RLF	139	ALCOHOL WIPES	128
ADVIL COLD AND SINUS	139	ALCOHOL, RUBBING	140
ADVIL LIQUI-GEL	139	ALECENSA	28
ADVIL MIGRAINE	139	alendronate	120
ADVIL PM	139	aler-cap	140
ADVIL PM LIQUI-GELS	139	alertness aid	140
ADVOCATE PEN NEEDLE	77	ALEVAZOL	140
ADVOCATE SYRINGES	78	ALEVE	140
af	139	ALEVE COLD AND SINUS	140
afeditab cr	49	ALEVE SINUS AND HEADACHE	140

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



ALEVE-D SINUS AND COLD	140	allerclear d-12hr	141
ALEVE-D SINUS AND HEADACHE	140	allerclear d-24hr	141
alfuzosin	43	allerfed cold and allergy	141
ALIMTA	28	allergy	141
ALINIA	13	allergy (chlorpheniramine)	141
ALIQOPA	29	allergy (diphenhydramine)	141
ALKA-SELTZER ORIGINAL	140	allergy and cold pe	141
alka-seltzer plus allergy	140	allergy and congestion relief	141
ALKA-SELTZER PLUS COLD (PE)	140	allergy complete-d	141
alka-seltzer plus day	140	allergy cream (diphenhyd, zn)	141
alka-seltzer plus mucus-conges	140	allergy d-12	141
ALKA-SELTZER PLUS NIGHT	140	allergy eye (ketotifen)	141
ALKA-SELTZER PLUS SIN-ALLG-CGH	140	allergy eye (naphazoline-phen)	141
alka-seltzer plus sinus-cough	140	allergy m-s nighttime	141
ALKERAN	29	allergy medication	141
all day allergy (cetirizine)	140	allergy medicine	141
all day allergy relief(cetir)	140	allergy multi-symptom	141
all day allergy-d	140	allergy plus severe sinus ha	141
all day pain relief sinus,cold	141	allergy relief (cetirizine)	142
all day relief	141	allergy relief (clemastine)	142
all-nite cold-flu	141	allergy relief (fexofenadine)	142
ALLEGRA ALLERGY	141	allergy relief (fluticasone)	142
ALLEGRA-D 12 HOUR	141	allergy relief (loratadine)	142
ALLER-CHLOR	141	allergy relief d-24	142
aller-ease	141	allergy relief d12	142
aller-fex	141	allergy relief multi-symptom	142
aller-flo	141	allergy relief(chlorphen-acet)	142
aller-g-time	141	allergy relief(chlorpheniramn)	142
aller-tec	141	allergy relief(diphenhydramin)	142
aller-tec d	141	allergy relief-d (loratadine)	142
allerclear	141	allergy relief-d(fexofenadine)	142

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



allergy relief-sinus headache	142	ALUNBRIG	29
allergy relief,nasal decongest	142	amabelz	104
allergy sinus headache (pe)	142	amantadine hcl	58
allergy sinus pe	142	ambi 10peh-4cpm	143
allergy 4-hour	141	ambi 60pse-4cpm	143
allergy-congest relief-d (cet)	142	ambi 60pse-400gfn	143
allergy-congest relief-d(fexo)	142	AMBISOME	13
allergy-congestion relief-d	142	amethia lo	104
allergy-time	142	AMICAR	46
allerhist-1	142	amifostine crystalline	120
ALLFEN	142	amikacin	13
allfen dm	142	amiloride	88
ALLI	142	amiloride-hydrochlorothiazide	88
allopurinol	120	aminophylline	134
ALMACONE	142	AMINOSYN II 10 %	88
almacone-2	142	AMINOSYN II 15 %	88
aloe burn relief	142	AMINOSYN II 7 %	88
ALOE VESTA	143	AMINOSYN II 8.5 %	88
aloe vesta antifungal (micon)	143	AMINOSYN II 8.5 %-ELECTROLYTES	88
ALOE VESTA SKIN CONDITIONER 2	143	AMINOSYN M 3.5 %	88
alophen	143	AMINOSYN 10 %	88
alosetron	100	AMINOSYN 8.5 %	88
alprazolam	58	AMINOSYN 8.5 %-ELECTROLYTES	88
ALTABAX	128	AMINOSYN-HBC 7%	88
altachlore	143	AMINOSYN-PF 10 %	88
altamist	143	AMINOSYN-PF 7 % (SULFITE-FREE)	88
altavera (28)	104	amiodarone	49
altazine	143	AMITIZA	100
altipres	143	amitriptyline	58
altipres-b	143	amlactin	143
aluminum hydroxide gel	143	amlodipine	49

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



amlodipine-benazepril	49	antacid ultra strength	144
ammonium and potassium iodides	143	antacid with simethicone	144
ammonium lactate	143	antacid-antigas	144
amoxapine	58	antacid-simethicone	144
amoxicillin	13	anti-dandruff	144
amoxicillin-pot clavulanate	13	anti-dandruff (coal tar)	144
amphotericin b	13	anti-diarrhea	144
ampicillin	13	anti-diarrheal	144
ampicillin sodium	14	anti-diarrheal (loperamide)	144
ampicillin-sulbactam	14	anti-fungal	144
AMPYRA	120	anti-gas ultra strength	144
ANADROL-50	104	anti-itch (hc)	144
anagrelide	46	anti-itch (menthol/camphor)	144
anastrozole	104	anti-itch(diphenhyd) with zinc	144
ANDROGEL	105	anti-nausea	144
androxy	105	antibiotic (bacitracin zinc)	144
anecream5	143	antibiotic (neomy-bacit-polym)	144
anefrin	143	antibiotic plus (pramoxine)	144
antacid (calcium carbonate)	143	antibiotic plus pain rel(pram)	144
antacid anti-gas	143	antibiotic-pain relief (bacit)	144
antacid anti-gas (ca carb-sim)	143	antifungal (clotrimazole)	144
antacid anti-gas double str	143	antifungal (terbinafine)	144
antacid calcium	143	antifungal (tolnaftate)	144
antacid ext (mag carb-al hyd)	143	antifungal cream	144
antacid ext str (calcium carb)	143	antifungal spray	144
antacid extra-strength	143	antihistamine	144
antacid liquid	143	antiseptic	144
antacid m	143	antiseptic skin clnsr(chlorhe)	144
antacid maximum strength	143	antitussive dm	144
antacid plus anti-gas	143	anu-med	144
antacid regular strength	144	ap-hist dm	145

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



APOKYN	58	aspirin-dipyridamole	49
apraclonidine	95	aspirin, buffered	145
aprepitant	100	ASSURE ID INSULIN SAFETY	78
apri	105	ASTHMANEFRIN REFILL	145
APRISO	100	astringent	145
aprodine	145	ATELVIA	120
APTOM	58	atenolol	49
APTIVUS	14	atenolol-chlorthalidone	50
AQUASOL A	135	athenol	145
ARALAST NP	126	athlete's foot	145
aranelle (28)	105	athlete's foot (clotrimazole)	145
ARCALYST	120	athlete's foot (tolnaftate)	145
aripiprazole	59	athlete's foot af	145
ARISTADA	59	athletic foot cream	145
armodafinil	59	atomoxetine	59
ARNUITY ELLIPTA	126	atorvastatin	50
ARRANON	29	atovaquone	14
arthritis pain relief (acetam)	145	atovaquone-proguanil	14
arthritis pain reliever	145	ATRIPLA	14
ARTIFICIAL TEARS (PETRO/MIN)	145	atropine	95
artificial tears (pf)	145	ATROVENT HFA	43
artificial tears(dext70-hydro)	145	aubra	105
artificial tears(hypromellose)	145	AURO EARDROPS	145
artificial tears(pvalch-povid)	145	AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE	78
ARZERRA	29	AUTOPEN 1 TO 16 UNITS	78
aspir-low	145	AUTOPEN 1 TO 21 UNITS	78
aspir-trin	145	AUTOPEN 2 TO 32 UNITS	78
aspir-81	145	AUTOPEN 2 TO 42 UNITS	78
aspirin	145	AVANDIA	105
aspirin childrens	145	AVASTIN	29
aspirin low dose	145	aviane	105

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



awake	145	BD ALCOHOL SWABS	128
AYR SALINE	145	BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE	78
azacitidine	29	BD AUTOSHIELD PEN NEEDLE	78
AZASITE	96	BD ECLIPSE LUER-LOK	78
azathioprine	120	BD INSULIN PEN NEEDLE UF MINI	78
azelastine	96	BD INSULIN PEN NEEDLE UF ORIG	78
AZILECT	59	BD INSULIN PEN NEEDLE UF SHORT	78
azithromycin	14	BD INSULIN SYRINGE	78
azolen tincture	145	BD INSULIN SYRINGE HALF UNIT	78
AZOPT	96	BD INSULIN SYRINGE MICRO-FINE	78
aztreonam	14	BD INSULIN SYRINGE SAFETY-LOK	79
azurette (28)	105	BD INSULIN SYRINGE SLIP TIP	79
B		BD INSULIN SYRINGE U-500	79
bacitracin	14, 96, 145	BD INSULIN SYRINGE ULT-FINE II	79
bacitracin zinc	145	BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE	79
bacitracin-polymyxin b	96, 145	BD INTEGRA INSULIN SYRINGE	79
bacitraycin plus	146	BD LO-DOSE MICRO-FINE IV	79
baclofen	43	BD LO-DOSE ULTRA-FINE	79
balamine dm (chlor-pe)	146	BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE	79
balsalazide	100	BD SAFETYGLIDE SYRINGE	79
ban-acid	146	BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE	79
BAND-AID GAUZE PADS	125	BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLES	79
banophen	146	bekyree (28)	105
banophen anti-itch	146	BELEODAQ	29
BANZEL	59	BELVIQ	135
BARACLUDE	14	BELVIQ XR	135
BAVENCIO	29	BENADRYL	146
BAYER ASPIRIN	146	benadryl extra strength	146
BAYER CHEWABLE ASPIRIN	146	benazepril	50
baza antifungal	146	benazepril-hydrochlorothiazide	50
BCG VACCINE, LIVE (PF)	40	BENDEKA	29

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



BENLYSTA	120	bio-b kids	146
BENZ-ALL	146	biocotron	146
BENZEDREX	146	BIOCOTRON-D	146
benzepro	146	biodesp dm	146
benzonatate	136	BION TEARS (PF)	146
benzoyl peroxide	146	bionel	146
benzphetamine	136	bionel pediatric	146
benztropine	59	bisa-lax	146
BESIVANCE	96	BISAC-EVAC	146
BESPONSA	29	bisacodyl	146
beta med	146	biscolax	146
BETADINE	146	bismatrol	147
betamethasone dipropionate	128	bismuth	147
betamethasone valerate	128	bismuth subsalicylate	147
betamethasone, augmented	129	bisoprolol fumarate	50
betasal	146	bisoprolol-hydrochlorothiazide	50
betasept surgical scrub	146	bleomycin	29
BETASERON	121	blis-to-sol (tolnaftate)	147
betatemp	146	blisovi fe 1.5/30 (28)	105
betaxolol	96	blisovi fe 1/20 (28)	105
bethanechol chloride	43	BONINE	147
BETHKIS	14	BOOSTRIX TDAP	40
bexarotene	29	BORDERED GAUZE	125
BEXSERO	40	BOSULIF	29
bicalutamide	29	bp	147
BICILLIN C-R	14	bp foam	147
BICILLIN L-A	14	bp wash	147
BICNU	29	bpo-10	147
BIDIL	50	bpo-5	147
BIO T PRES	146	BREO ELLIPTA	126
bio t pres-b	146	BRILINTA	46

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



brimonidine	96	BUTISOL	60
BRINTELLIX	59	butorphanol tartrate	60, 61
BRIVIACT	59, 60	C	
brohist d	147	cabergoline	61
bromfed dm	136	CABOMETYX	30
bromocriptine	60	caffeine	147
brompheniramin-phenylephrin-dm	147	calaclear	147
brompheniramine-pseudoeph-dm	136	CALADRYL	147
bronchial asthma relief	147	calagesic	147
BROTAPP	147	calahist clear	147
BROTAPP DM	147	calahist with pramoxine	147
BROVANA	43	calamine	147
BROVEX PEB DM	147	calamine medicated	147
budesonide	105, 126	calamine phenolated	147
buffered aspirin	147	calamine plus (pramox-calamin)	147
bufferin	147	calamine-zinc oxide	147
bumetanide	88	calamine-zinc oxide-phenol	147
buprenorphine hcl	60	calcipotriene	129
buproban	60	calcitonin (salmon)	105
bupropion hcl	60	calcitriol	135
bupropion hcl (smoking deter)	60	calcium acetate	88
burn relief	147	calcium antacid	148
burn relief with aloe	147	calcium antacid tropical	148
buspirone	60	calcium antacid ultra max st	148
busulfan	29	calcium carbonate	148
BUSULFEX	29	calcium carbonate-vitamin d3	148
butalbital compound w/codeine	60	calcium chloride	136
butalbital-acetaminop-caf-cod	60	calcium polycarbophil	148
butalbital-acetaminophen	60	calcium 600	147
butalbital-acetaminophen-caff	60	calcium 600 + d(3)	148
butalbital-aspirin-caffeine	60	calcium 600 with vitamin d3	148

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



caldyphen	148	carteolol	96
caldyphen clear	148	cartia xt	50
callergy clear	148	carvedilol	50
CALQUENCE	30	caspofungin	14
camila	105	CAYSTON	14
camrese lo	105	caziant (28)	105
CANASA	100	cefaclor	15
CANCIDAS	14	cefadroxil	15
candesartan	50	cefazolin	15
candesartan-hydrochlorothiazid	50	cefazolin in dextrose (iso-os)	15
capacet	61	cefdinir	15
CAPASTAT	14	cefepime	15
CAPCOF	148	cefotaxime	15
CAPITAL WITH CODEINE	61	cefotetan	15
CAPMIST DM	148	cefoxitin	15
CAPRELSA	30	cefoxitin in dextrose, iso-osm	15
CAPRON DM	148	cefpodoxime	15
captopril	50	cefprozil	15
captopril-hydrochlorothiazide	50	ceftazidime	15
CARBAGLU	88	ceftazidime in d5w	15
carbamazepine	61	ceftriaxone	15
carbamoxide ear drops	148	cefuroxime axetil	15
carbidopa-levodopa	61	cefuroxime sodium	15
carboplatin	30	CELLCEPT	121
CAREFINE PEN NEEDLE	79	CELLCEPT INTRAVENOUS	121
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD	129	CELONTIN	61
CARETOUCH INSULIN SYRINGE	79	CEPACOL SORE THROAT (BENZ-MEN)	148
CARETOUCH PEN NEEDLE	80	CEPACOL SORETHROAT-COUGH	148
carisoprodol	43	cephalexin	15
CARRINGTON MOIST BARRIER-ZINC	148	CERDELGA	121
CARRINGTON MOISTURE BARRIER CR	148	CEREZYME	94

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



cetiri-d	148	child pain rel-fever reducer	149
cetirizine	148	child triaminic cold-allergy	149
cetirizine-pseudoephedrine	148	child triaminic cough-congest	149
CHANTIX	43	child triaminic cough-sore thr	149
CHANTIX CONTINUING MONTH BOX	43	child triaminic ms fever-cold	149
CHANTIX STARTING MONTH BOX	43	child wal-tap cold-allergy	149
CHEMET	104	child's all day allergy(cetir)	149
CHENODAL	100	child's mucus relief m-s cold	149
cheratussin ac	148	children night time cold-cough	149
cheratussin dac	148	children's acetaminophen	149
chest congestion relief	148	children's advil	149
chest congestion relief + dm	148	CHILDREN'S ALLEGRA ALLERGY	149
chest congestion relief d	148	children's aller-tec	149
chest congestion relief pe	148	children's allergy (diphenhyd)	149
chest rub	149	children's allergy complete	150
child allergy relf(cetirizine)	149	children's allergy relief(fex)	150
child aspirin	149	children's allergy relief(lor)	150
child chest congestion + cough	149	children's allergy(cetirizine)	150
child cough and sore throat	149	children's aspirin	150
child delsym cough+chest dm	149	children's cetirizine	150
CHILD DELSYM COUGH+COLD	149	children's chest congestion	150
child ibuprofen	149	CHILDREN'S CLARITIN	150
child mucinex chest congestion	149	children's cold and cough (pe)	150
CHILD MUCINEX CONGESTION-COUGH	149	children's cold and cough dm	150
CHILD MUCINEX M-S COLD DAY-NTE	149	children's cold-allergy (pe)	150
CHILD MUCINEX STUFFY NOSE-COLD	149	children's cold-cough daytime	150
child mucus relief cough	149	children's cold-cough-sore	150
child mucus relief expectorant	149	children's cough	150
child multi-symptom cold-fever	149	children's cough dm er	150
child multi-symptom cold/cough	149	children's cough-cold relief	150
child non-aspirin quick melts	149	CHILDREN'S DELSYM COUGH	150

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



children's dibromm cold-allerg	150	children's wal-fex	151
children's dibromm dm cold-cou	150	children's wal-zyr	151
children's easy-melts	150	CHILDREN'S ZYRTEC ALLERGY	151
children's fever reducing	150	childrens cold-alrgy (p-ephed)	151
CHILDREN'S FLONASE ALLERGY RLF	150	childrens plus multi-symp cold	151
children's flu relief	150	CHLO TUSS	151
children's ibu-drops	150	chlophedianol-guaifenesin	151
children's ibuprofen	150	CHLOR-TRIMETON	151
children's m-s cold day-night	150	chloramphenicol sod succinate	15
children's mapap	150	chloraseptic throat spray	151
CHILDREN'S MUCINEX COLD-FEVER	150	chlorhexidine gluconate	96, 151
children's mucinex cough	150	chlorhist	151
CHILDREN'S MUCINEX MULTI-SYMP	150	chloroquine phosphate	16
CHILDREN'S MUCINEX NIGHT TIME	151	chlorothiazide	88
children's non-aspirin	151	chlorothiazide sodium	89
children's pain relief	151	chlorphen sr	151
children's pain reliever	151	chlorpheniramine maleate	152
children's pain-fever relief	151	chlorpheniramine-phenyleph-dm	152
children's pepto	151	chlorpromazine	61
children's plus flu	151	chlortabs	152
children's profen ib	151	chlorthalidone	89
children's q-pap	151	chocolate laxative	152
children's saline nasal spray	151	CHOLBAM	100
children's silapap	151	cholestyramine (with sugar)	50
children's silfedrine	151	cholestyramine light	50
children's soothe	151	chorionic gonadotropin, human	105
children's stuffy nose-cold	151	chromium chloride	136
children's sudafed	151	ciclodan	129
children's sudafed pe cough	151	ciclopirox	129
children's tactinal	151	cilostazol	46
children's wal-dryl allergy	151	cimetidine	100, 152

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



cimetidine hcl	100	CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE	89
CINRYZE	121	CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE	89
ciprofloxacin hcl	16, 96	CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE	89
ciprofloxacin in 5 % dextrose	16	CLINIMIX E 5%/D25W SULFIT FREE	89
cisplatin	30	CLINIMIX 2.75%/D5W SULFIT FREE	89
citalopram	61	CLINIMIX 4.25%-D20W SULF-FREE	89
citrate of magnesia	152	CLINIMIX 4.25%-D25W SULF-FREE	89
CITROMA	152	CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE	89
citrucel	152	CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE	89
cladribine	30	CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE)	89
clarispray	152	CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE	89
clarithromycin	16	CLINIMIX 5%/D25W SULFITE-FREE	89
CLARITIN	152	clobetasol	129
CLARITIN LIQUI-GEL	152	clobetasol-emollient	129
CLARITIN REDITABS	152	clofarabine	30
CLARITIN-D 12 HOUR	152	CLOLAR	30
CLARITIN-D 24 HOUR	152	clomipramine	61
CLEAR EYES REDNESS RELIEF	152	clonazepam	61
clearasil daily clear(benzoyl)	152	clonidine	50
clearlax	152	clonidine hcl	50, 51
clemastine	28	clopidogrel	46
CLICKFINE	80	clorazepate dipotassium	61
clindamycin hcl	16	clorpres	51
clindamycin in 0.9 % sod chlor	16	clotrimazole	129, 152
clindamycin in 5 % dextrose	16	clotrimazole af	152
clindamycin palmitate hcl	16	clotrimazole 3 day	152
clindamycin pediatric	16	clotrimazole-betamethasone	129
clindamycin phosphate	16, 129	clotrimazole-3	152
CLINIMIX E 2.75%/D10W SUL FREE	89	clotrimazole-7	152
CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE	89	cloverine	152
CLINIMIX E 4.25%/D25W SUL FREE	89	clozapine	61, 62

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



COARTEM	16	cold-sinus relief	153
codeine sulfate	62	COLEMAN BOTANICALS INSECT	153
codeine-guaifenesin	152	COLEMAN HIGH-DRY INSECT REPEL	153
codituss dm	152	COLEMAN SKINSMART INSECT REP	153
col-rite	152	COLEMAN SPORTSMEN INSECT REPEL	153
COLACE	152	COLEMAN 100 MAX INSECT REPEL	153
COLCRYS	121	colestipol	51
cold and allergy	152	colistin (colistimethate na)	16
cold and allergy (bromphen-pe)	152	colocort	129
cold and allergy pe	152	COMBIGAN	96
cold and allergy(triprolidine)	152	COMETRIQ	30
cold and cough (diphenhydr-pe)	152	COMFORT EZ PEN NEEDLES	80
cold and cough dm	153	COMFORT EZ SYRINGE	80
cold and cough elixir	153	comfort gel	153
cold and flu relief(diphen-pe)	153	comfort gel extra strength	153
cold and flu severe	153	COMPLERA	16
cold and sinus multi-symptom	153	complete	153
cold and sinus pain relief	153	complete allergy	153
cold head congest(gg-pe-acetm)	153	complete allergy medicine	154
cold head congestion day/nite	153	complete lice treatment	154
cold head congestion nighttime	153	COMPOUND W	154
cold head congestion sever day	153	compoz	154
cold multi-symptom	153	compro	100
cold multi-symptom (chlorphen)	153	CONEX	154
cold multi-symptom day/night	153	congest-eze	154
cold multi-symptom nighttime	153	congest-eze pe	154
cold relief	153	congestac	154
cold relief m/s day/night	153	congestion relief (ibuprof-pe)	154
cold relief plus	153	constulose	89
cold severe congestion	153	contac cold-flu night	154
cold-flu relief	153	CONTRAIVE	136



COPAXONE	121	cough suppressant-expectorant	154
copper chloride	136	cough syrup	154
coricidin hbp	154	cough syrup dm	155
coricidin hbp cold and flu	154	cough-chest congestion dm	155
coricidin hbp cold-multi sympt	154	cough-cold relief hbp	155
CORICIDIN HBP COUGH AND COLD	154	cough-sore throat night	155
CORLANOR	51	coughtab	155
cormax	129	coughtab 400	155
CORRECTOL	154	COUMADIN	46
CORTAID	154	creamy acne face	155
cortisone	105	CREON	101
cortizone-10	154	CRESEMBA	16
cortizone-10 plus	154	CRITIC-AID	155
COSENTYX	129	critic-aid clear af	155
COSENTYX (2 SYRINGES)	129	CRIXIVAN	16
COSENTYX PEN	129	cromolyn	126
COSENTYX PEN (2 PENS)	129	cryselle (28)	106
COSMEGEN	30	CUBICIN	16
COTELLIC	30	CUBICIN RF	16
cough and cold	154	CUPRIMINE	104
cough and cold (chlorphen-dm)	154	CURITY ALCOHOL SWABS	129
cough and cold bp	154	CURITY GAUZE	125
cough and cold mucus relief cf	154	cutter backwoods	155
cough and severe cold	154	cutter backwoods dry	155
cough control (dextromethorph)	154	cutter lemon eucalyptus	155
cough control cf (pe)	154	cutter natural insect repellnt	155
cough control dm	154	cutter natural repellent2	155
cough dm er	154	cutter skinsations	155
cough drops	154	cyanocobalamin (vitamin b-12)	136
cough formula dm	154	cyclafem 1/35 (28)	106
cough relief	154	cyclafem 7/7/7 (28)	106

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



cyclobenzaprine	43	DARZALEX	31
cyclophosphamide	30	dasetta 1/35 (28)	106
cycloserine	16	dasetta 7/7/7 (28)	106
CYCLOSET	62	daunorubicin	31
cyclosporine	121	DAUNOXOME	31
cyclosporine modified	121	dayhist	155
CYKLOKAPRON	46	dayhist allergy	155
cyproheptadine	28	daytime and nighttime cold	155
CYRAMZA	30	daytime cold and cough	155
cyred	106	daytime cold-flu	155
CYSTADANE	121	daytime cold-flu relief (pe)	155
CYSTAGON	121	daytime sinus	155
CYSTARAN	96	daytime sinus-congestion	155
cytarabine	30	daytime-cold nighttime-cld-flu	155
cytarabine (pf)	30	deblitane	106
CYTOMEL	106	DEBROX	155
D		decitabine	31
dacarbazine	30	DECONEX DMX	155
dactinomycin	31	DECONEX IR	155
daily fiber	155	deep sea nasal	155
daily fiber (psyllium-sucrose)	155	delsym cough-chest congest dm	156
DAKLINZA	17	DELSYM COUGH-COLD DAYTIME	156
DALIRESP	126	DELSYM COUGH-COLD NIGHTTIME	156
dallergy (chlorpheniramine-pe)	155	delyla (28)	106
DALLERGY (DEXBROMPHENIRAMN-PE)	155	demeclocycline	17
danazol	106	DEMSEER	121
dantrolene	43	DENAVIR	129
dapsone	17	DEPO-ESTRADIOL	106
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF)	40	DERMACEA	125
daptomycin	17	dermafungal	156
DARAPRIM	17	DERMAL WOUND CLEANSER	156

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



dermarest psoriasis medicated	156	DHS TAR	156
dermasarra	156	DHS TAR GEL	156
dermazinc shampoo	156	DHS ZINC	156
DESCOVY	17	diabetic siltussin das-na	156
desenex	156	diabetic siltussin-dm	156
desgen dm	156	diabetic siltussin-dm max str	156
desipramine	62	diabetic tussin dm	156
desmopressin	106	dialyvite 800	156
desog-e.estradiol/e.estradiol	106	diamode	156
desogestrel-ethinyl estradiol	106	diaper rash relief	156
desonide	130	diarrhea relief (bismuth subs)	156
desoximetasone	130	DIASTAT	62
despec dm-g	156	DIASTAT ACUDIAL	62
despec-dm (phenyleph-dm-guaif)	156	diazepam	62, 63
desvenlafaxine succinate	62	diazepam intensol	63
dexamethasone	106	dibucaine	156
dexamethasone intensol	106	diclofenac potassium	63
dexamethasone sodium phosphate	96, 106	diclofenac sodium	63, 96
dexchlorphen-pse-chlophedianol	156	dicloxacillin	17
dexmethylphenidate	62	dicyclomine	43
dexrazoxane hcl	121	didanosine	17
dextroamphetamine	62	diethylpropion	136
dextroamphetamine-amphetamine	62	DIFICID	17
dextromethorphan polistirex	156	diflunisal	63
dextromethorphan-guaifenesin	156	digestive relief	156
dextrose 10 % and 0.2 % nacl	90	digitek	51
dextrose 10 % in water (d10w)	90	digox	51
dextrose 5 % in water (d5w)	90	digoxin	51
dextrose 5%-0.2 % sod chloride	90	dihydroergotamine	43
dextrose 5%-0.3 % sod.chloride	90	DILANTIN	63
dhs sal	156	DILANTIN EXTENDED	63

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



DILANTIN INFATABS	63	docusate calcium	157
DILANTIN-125	63	docusate sodium	157
dilt-xr	51	docusil	157
diltiazem hcl	51	dofetilide	51
dimaphen (pe)	156	dok	157
dimetapp cold-allergy (pe)	156	dok plus	157
dimetapp cold-congestion	156	DOMEBORO	157
dimetapp dm cold-cough (pe)	157	DONATUSSIN	157
dimetapp long-acting (cpm-dm)	157	donepezil	43
DIOCTO	157	DORIBAX	17
dioctyl	157	doripenem	17
diotame	157	dorzolamide	96
diphedryl	157	dorzolamide-timolol	96
diphedryl allergy	157	double antibiotic	157
diphenhist	157	double antibiotic (b.tracn zn)	157
diphenhydramine hcl	28, 157	double antibiotic-pain relief	157
diphenhydramine-phenylephrine	157	doxazosin	52
diphenoxylate-atropine	101	doxepin	63
dipyridamole	51	doxercalciferol	135
disopyramide phosphate	51	doxorubicin	31
disposable enema	157	doxorubicin, peg-liposomal	31
disulfiram	121	doxy-100	17
DIURIL	90	doxycycline hyclate	17, 96
divalproex	63	doxycycline monohydrate	17
dm max	157	DR. SMITH'S ADULT BARRIER	157
doc-q-lace	157	DR. SMITH'S DIAPER	157
doc-q-lax	157	DR. SMITH'S DIAPER RASH	157
DOCEFREZ	31	DR. SMITH'S RASH-SKIN	157
docetaxel	31	DRAMAMINE	157
docu	157	dramamine less drowsy	157
docuprene	157	driminate	158

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



DRISDOL	136	EASY COMFORT INSULIN SYRINGE	80
DRISTAN COLD	158	EASY COMFORT PEN NEEDLES	80
DRISTAN LONG LASTING	158	EASY TOUCH	80
dronabinol	101	EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS	130
DROPLET PEN NEEDLE	80	EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN	80
drospirenone-ethinyl estradiol	106	EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR	80
DROXIA	31	EASY TOUCH INSULIN SYRINGE	81
DUAVEE	106	EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN	81
ducodyl	158	EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN	81
DULCOLAX (BISACODYL)	158	EASY TOUCH UNI-SLIP	81
dulcolax stool softener (dss)	158	eazzze the pain	158
duloxetine	63	econazole	130
duo fusion	158	econtra ez	158
DURAFLU	158	ECOTRIN	158
DURAMORPH (PF)	63	ecotrin low strength	158
DURAVENT DM	158	eczema anti-itch	158
DUREZOL	97	ed a-hist	158
dutasteride	121	ED A-HIST DM	158
dutasteride-tamsulosin	121	ed a-hist pse	158
dyna-hex	158	ed bron gp	158
d10 %-0.45 % sodium chloride	89	ED CHLORPED D	158
d2.5 %-0.45 % sodium chloride	90	ed chlorped jr	158
d5 % and 0.9 % sodium chloride	90	ed-apap	158
d5 %-0.45 % sodium chloride	90	ED-CHLORPED	158
E		ed-chlortan	158
e.c. prin	158	EDURANT	17
ear drops for swimmers	158	efferves pain relief antacid	158
ear drops otc	158	effervescent pain relief	158
ear dry	158	EFFIENT	46
ear wax removal kit	158	EGRIFTA	107
ear wax removal system	158	electrolyte-48 in d5w	90

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



ELELYSO	95	entacapone	64
ELIDEL	130	entecavir	18
elinest	107	enteric coated aspirin	159
ELIQUIS	46	ENTRESTO	52
ELITEK	95	enulose	90
ELIXOPHYLLIN	134	EPCLUSA	18
ELLA	107	ephaine	159
ELMIRON	121	epinastine	97
elon dual defense	158	EPINEPHRINE	43, 44
EMBEDA	63	EPIPEN	44
EMCYT	31	EPIPEN JR	44
EMEND	101	EPIPEN JR 2-PAK	44
emetrol	159	EPIPEN 2-PAK	44
emoquette	107	epirubicin	31
EMPLICITI	31	epitol	64
EMSAM	64	EPIVIR HBV	18
EMTRIVA	17, 18	eplerenone	52
enalapril maleate	52	EPOGEN	47
enalapril-hydrochlorothiazide	52	epsom salt	159
ENBREL	121, 122	EPZICOM	18
ENBREL MINI	122	eq gentle	159
ENBREL SURECLICK	122	EQUETRO	64
endacof - dm	159	ERAXIS(WATER DILUENT)	18
endocet	64	ERBITUX	31
enema	159	ergocalciferol (vitamin d2)	136
enema disposable	159	ERGOMAR	44
ENERGIX-B (PF)	40	ERIVEDGE	31
ENERGIX-B PEDIATRIC (PF)	40	errin	107
enoxaparin	46, 47	ERWINAZE	31
enpresse	107	ery pads	130
enskyce	107	ERYTHROCIN	18

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



erythromycin	18, 97	EXONDYS 51	122
erythromycin with ethanol	130	expectorant.....	159
erythromycin-benzoyl peroxide	130	expectorant cough syrup	159
ESBRIET	126	expectorant dm	159
escitalopram oxalate	64	extra pain relief	159
ESTRACE	107	extraprin	159
estradiol	107	eye allergy relief	159
estradiol valerate	107	eye drops (tetrahydrozoline)	159
estradiol-norethindrone acet	107	eye drops (with povidone)	159
estropipate	107	eye drops advanced relief	159
eszopiclone	64	eye itch relief	159
ethacrynate sodium.....	90	EYE STREAM.....	159
ethambutol	18	ez nite sleep	159
ethosuximide	64	ezetimibe	52
ETHYL ALCOHOL	159	ezfe 200	159
ethynodiol diac-eth estradiol	107	F	
etidronate disodium.....	122	FABRAZYME	95
etodolac	64	fallback solo	159
ETOPOPHOS	31	falmina (28)	107
etoposide	31	famciclovir.....	18
evac-u-gen (sennosides)	159	famotidine	101, 159
EVOMELA	32	famotidine (pf)	101
EVOTAZ	18	famotidine (pf)-nacl (iso-os)	101
EX-LAX (SENNOSIDES)	159	FANAPT	64
EX-LAX MAXIMUM STRENGTH	159	FARESTON	107
excedrin migraine	159	FARYDAK.....	32
EXCEDRIN TENSION HEADACHE	159	FASLODEX.....	32
EXEL INSULIN	81	fast acting nasal	159
EXELON	44	fast mucus relief severe cold	159
exemestane	107	fast mucus rlf congest-cough	159
EXJADE	104	fe c	160



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.

felbamate	64	fiber laxative (ca polycarbo)	160
felodipine	52	fiber laxative (methycellulo)	160
FEMCON FE	107	fiber laxative (psyllium husk)	160
femynor	108	fiber laxative (psyllium) s/f	160
fenesin dm ir	160	fiber smooth	160
fenesin ir	160	fiber smooth (sucrose)	160
fenesin pe ir	160	fiber therapy (ca polycarboph)	160
fenofibrate	52	FIBER THERAPY (M-CELL/SUGAR)	160
fenofibrate micronized	52	fiber therapy (m-cellulose)	160
fenofibrate nanocrystallized	52	fiber therapy laxative (husk)	160
fenofibric acid (choline)	52	fiber therapy (psyl seed-sugar)	160
fentanyl	64	fiber-caps (psyllium husk)	160
fentanyl citrate	64	fiber-lax	160
fentanyl citrate (pf)	64	fiber-tabs	160
FERAHEME	136	FIBERCON	160
ferrex 150	160	finasteride	122
ferric x-150	160	FIRAZYR	122
FERRLECIT	136	FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE	108
FETZIMA	64	first aid abx pain relief	161
fever reducer	160	first aid antibiotic	161
fever reducer an pain reliever	160	first aid antibiotic-pain rlf	161
feverall	160	first aid antiseptic	161
fexofenadine	160	flanax (naproxen)	161
fexofenadine-pseudoephedrine	160	flanax antacid	161
FIASP	108	flavor chews antacid	161
FIASP FLEXTOUCH	108	flavoxate	134
fiber	160	flecainide	52
fiber (calcium polycarbophil)	160	FLEET ENEMA	161
fiber (psyllium husk)	160	fleet glycerin (adult)	161
fiber (psyllium husk/sugar)	160	fleet glycerin (child)	161
fiber (with aspartame)	160	FLEET LAXATIVE	161

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



FLEET MINERAL OIL	161	flutamide	32
FLONASE ALLERGY RELIEF	161	fluticasone	130, 161
FLOVENT DISKUS	127	fluvoxamine	65
FLOVENT HFA	127	foaming antacid	161
flu and severe cold-daytime	161	foaming antacid extra strength	161
flu and severe cold-nighttime	161	folic acid	136
flu and sore throat relief	161	FOLOTYN	32
flu hbp	161	foltabs 800	161
flu relief therapy daytime	161	fomepizole	122
flu relief therapy nighttime	161	fondaparinux	47
flu-severe cold-cough daytime	161	foot and sneaker	161
fluconazole	18	foot odor control	161
fluconazole in dextrose(iso-o)	18	formula em	161
fluconazole in nacl (iso-osm)	18	formula 3	161
flucytosine	18	FORTEO	108
fludarabine	32	FORTICAL	108
fludrocortisone	108	fosamprenavir	18
flunisolide	97	foscarnet	18
fluocinolone	130	fosinopril	52
fluocinolone and shower cap	130	fosinopril-hydrochlorothiazide	52
fluocinonide	130	fosphenytoin	65
fluocinonide-e	130	FRAGMIN	47
fluocinonide-emollient	130	FREESTYLE PRECISION	81
fluoride (sodium)	122	FRESHKOTE	161
fluorometholone	97	full spectrum b-vitamin c	161
fluorouracil	32, 130	fungi-nail	161
fluoxetine	65	FUNGOID TINCTURE	161
fluphenazine decanoate	65	fungoid-d	161
fluphenazine hcl	65	furosemide	90
flurbiprofen	65	FUSILEV	122
flurbiprofen sodium	97	FUZEON	18

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



FYCOMPA	65	gemcitabine	32
G		gemfibrozil	52
g-fenesin	162	gencontuss	162
g-fenesin dm	162	generlac	90
g-tron	162	gengraf	122
gabapentin	65	gentak	97
galantamine	44	gentamicin	19, 97, 130
GAMUNEX-C	40	gentamicin in nacl (iso-osm)	19
ganciclovir sodium	18	GENTEAL GEL	162
GARDASIL (PF)	40	GENTEAL MILD TO MODERATE	162
GARDASIL 9 (PF)	40	gentle laxative	162
gas relief	162	gentlelax	162
gas relief extra strength	162	GENVOYA	19
gas relief ultra strength	162	GEODON	65
gas relief 80	162	geri-dryl	162
GAS-X.....	162	geri-hydrolac	162
gas-x extra strength	162	geri-kot	162
GAS-X ULTRA-STRENGTH	162	geri-lanta	162
gatifloxacin	97	geri-mucil	162
GATTEX ONE-VIAL	101	geri-pectate	162
GATTEX 30-VIAL.....	101	geri-tussin	162
GAUZE BANDAGE	125	geri-tussin dm	162
GAUZE PAD	126	gianvi (28)	108
gavilax	162	gildess fe 1.5/30 (28)	108
gavilyte-c	101	gildess fe 1/20 (28)	108
gavilyte-g	101	gildess 1.5/30 (21)	108
gavilyte-n	101	gildess 1/20 (21)	108
GAVISCON	162	gildess 24 fe	108
GAVISCON EXTRA STRENGTH	162	GILENYA	122
GAZYVA	32	GILOTRIF	32
gelusil antacid and anti-gas	162	GLASSIA	127

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



GLEEVEC	32	hair regrowth for women	163
GLEOSTINE	32	hair regrowth treatment	163
glimepiride	108	HALAVEN	32
glipizide	108	halobetasol propionate	130
glipizide-metformin	108	haloperidol	65
GLUCAGEN HYPOKIT	108	haloperidol decanoate	65
GLUCAGON EMERGENCY KIT (HUMAN)	108	haloperidol lactate	66
glycerin (adult)	162	HARVONI	19
glycerin (child)	163	HAVRIX (PF)	40
glycolax	163	head congestion day-night	163
glycopyrrolate	44	headache formula	163
GLYSET	108	headache pm	163
GLYXAMBI	109	headache relief (asa-acet-caf)	163
goody's migraine relief	163	HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP	81
granisetron (pf)	101	healthylax	163
granisetron hcl	101, 102	heartburn antacid	163
GRANIX	47	heartburn prevention	163
griseofulvin microsize	19	heartburn relief	163
griseofulvin ultramicrosize	19	heartburn relief (cimetidine)	163
guaiasorb dm	163	heartburn relief (famotidine)	163
guaiaatussin ac	163	heartburn relief (ranitidine)	163
guaifenesin	163	heartburn treatment 24 hour	163
guaifenesin ac	163	heather	109
guaifenesin dac	163	HECTOROL	135
guaifenesin-dm	163	hemorrhoidal	163
guanfacine	52	hemorrhoidal (phenyleph-cocoa)	163
guanidine	44	hemorrhoidal (witch hazel)	163
gyne-lotrimin	163	hemorrhoidal cooling	163
gyne-lotrimin 7	163	hemorrhoidal cream	163
H		hemorrhoidal hygiene	163
hair regrowth for men	163	hemorrhoidal medicated	163

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



heparin (porcine)	47	hydrocortisone plus	164
heparin (porcine) in 5 % dex	47	hydrocortisone valerate	131
heparin(porcine) in 0.45% nacl	47	hydrocortisone-acetic acid	97
HEPATAMINE 8%	90	hydrocortisone-aloe vera	164
HERCEPTIN	32	hydrocream	164
HETLIOZ	66	hydrolatum	164
HEXALEN	32	hydromet	136
HIBERIX (PF)	40	hydromorphone	66
HIBICLENS	164	hydromorphone (pf)	66
HISTEX (TRIPROLIDINE)	164	hydroskin with aloe	164
HISTEX DM	164	hydroxocobalamin	136
HISTEX PD	164	hydroxychloroquine	19
histex pe	164	hydroxyurea	32
hospital antiseptic	164	hydroxyzine hcl	66
hot steam liquid	164	hydroxyzine pamoate	66
HUMIRA	122	HYPERRAB S/D (PF)	40
HUMIRA PEDIATRIC CROHN'S START	122	I	
HUMIRA PEN	122	i-prin	164
HUMIRA PEN CROHN'S-UC-HS START	122	IBRANCE	33
HUMIRA PEN PSORIASIS-UVEITIS	122	ibu-drops	164
HYCANTIN	32	ibuprofen	66, 164
hydralazine	53	ibuprofen cold-sinus(with pse)	164
hydrochlorothiazide	90	ibuprofen ib	164
HYDROCIL	164	ibuprofen jr strength	164
hydrocodone-acetaminophen	66	ibuprofen pm	164
hydrocodone-chlorpheniramine	136	ibuprofen-diphenhydramine cit	164
hydrocodone-homatropine	136	ibuprofen-diphenhydramine hcl	164
hydrocodone-ibuprofen	66	ibuprofen-oxycodone	66
hydrocortisone	109, 130, 164	ICAR	164
hydrocortisone butyrate	130	ICAR-C	164
		ice blue gel	164

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



ice gel	164	infant's pain reliever	165
ICLUSIG	33	INFANT'S TYLENOL	165
IDAMYCIN PFS	33	infants gas relief	165
idarubicin	33	infants ibu-drops	165
IDHIFA	33	infants profenib	165
iferex 150	164	infants' pain and fever	165
ifosfamide	33	infants' pain relief	165
ILEVRO	97	INFED	136
IMBRUVICA	33	INFUMORPH P/F	66
IMFINZI	33	INFUVITE ADULT	136
imipenem-cilastatin	19	INFUVITE PEDIATRIC	136
imipramine hcl	66	INGREZZA	67
imipramine pamoate	66	INLYTA	33
imiquimod	131	insect repellent (deet)	165
IMLYGIC	33	INSECT REPELLENT (PICARIDIN)	165
IMODIUM A-D	164	INSULIN SYR/NDL U100 HALF MARK	81
IMOGAM RABIES-HT (PF)	40	INSULIN SYRINGE	81
IMOVAX RABIES VACCINE (PF)	40	INSULIN SYRINGE MICROFINE	81
IMURAN	123	INSULIN SYRINGE NEEDLELESS	81
INCONTROL ALCOHOL PADS	131	INSULIN SYRINGE ULTRAFINE	82
INCONTROL PEN NEEDLE	81	INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100	82
INCRELEX	109	INSULIN SYRINGES (DISPOSABLE)	82
indapamide	90	INSUPEN	82
indomethacin	66	INTELENCE	19
INFANRIX (DTAP) (PF)	41	INTRALIPID	90
infant fever reducer-pain relf	165	INTRON A	19
infant pain reliever	165	introvale	109
infant's acetaminophen	165	INVANZ	19
INFANT'S MOTRIN	165	INVEGA SUSTENNA	67
infant's non-aspirin	165	INVEGA TRINZA	67
infant's pain relief	165	INVIRASE	19

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



INVOKAMET	109	ISTODAX	33
INVOKAMET XR	109	itch relief	165
INVOKANA	109	itch relief (clotrimazole)	165
inzo antifungal	165	itraconazole	20
iodides tincture	165	IV PREP WIPES	131
IONOSOL-B IN D5W	90	ivermectin	20
IONOSOL-MB IN D5W	91	IXEMPRA	33
iophen c-nr	165	IXIARO (PF)	41
iophen dm-nr	165	J	
iophen-nr	165	J-MAX	165
IPOL	41	J-TAN PD	165
ipratropium bromide	44, 97	JAKAFI	33
ipratropium-albuterol	44	jantoven	48
irbesartan	53	JANUMET	109
irbesartan-hydrochlorothiazide	53	JANUMET XR	109
IRESSA	33	JANUVIA	109
irinotecan	33	JARDIANCE	109
iron,carbonyl-vitamin c	165	jencycla	109
ISENTRESS	19	JENTADUETO	109
ISENTRESS HD	20	JENTADUETO XR	109
isibloom	109	JEVTANA	33
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE	91	jock itch	165
ISOLYTE-S	91	jock itch (clotrimazole)	165
isoniazid	20	jock itch (terbinafine)	165
ISOPROPYL ALCOHOL	165	jr. acetaminophen	165
isopropyl alcohol-wintergreen	165	jr. str non-aspirin pain	165
ISOPTO CARPINE	97	jr. strength pain reliever	166
ISOPTO TEARS	165	juleber	110
isosorbide dinitrate	53	JULUCA	20
isosorbide mononitrate	53	junel fe 1.5/30 (28)	110
isradipine	53	junel fe 1/20 (28)	110

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



june fe 24	110	klor-con m20	91
june 1.5/30 (21)	110	klor-con sprinkle	91
june 1/20 (21)	110	KLOR-CON 10	91
junior mapap	166	KLOR-CON 8	91
K		konsyl (sugar)	166
KABIVEN	91	konsyl fiber	166
KADCYLA	34	konsyl sugar-free	166
KALETRA	20	KORLYM	110
KALYDECO	127	kurvelo	110
kao-tin (bismuth subsalicylat)	166	KUVAN	123
kao-tin (docusate calcium)	166	KYNAMRO	53
KAOPECTATE (DOCUSATE CALCIUM)	166	KYPROLIS	34
kaopectate ex str (bismuth ss)	166	L	
kariva (28)	110	l norgest/e.estradiol-e.estrad	110
kelnor 1/35 (28)	110	labetalol	53
KEPIVANCE	131	LAC-HYDRIN FIVE	166
KETEK	20	lactated ringers	91
ketoconazole	20, 131	lactulose	91
ketoprofen	67	LAMISIL (AEROSOL)	166
ketorolac	97	lamisil af	166
ketotifen fumarate	166	lamisil at	166
KEYTRUDA	34	lamivudine	20
kidkare cough/cold	166	lamivudine-zidovudine	20
kimidess (28)	110	lamotrigine	67
KINRIX (PF)	41	LANOXIN	53
kionex	91	LANOXIN PEDIATRIC	53
kionex (with sorbitol)	91	lansoprazole	102, 166
KISQALI	34	LANTUS	110
KISQALI FEMARA CO-PACK	34	LANTUS SOLOSTAR	110
klor-con m10	91	larin fe 1.5/30 (28)	110
KLOR-CON M15	91	larin fe 1/20 (28)	110

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



larin 1.5/30 (21)	110	LEVEMIR FLEXTOUCH	111
larin 1/20 (21)	110	levetiracetam	67
larin 24 fe	110	levetiracetam in nacl (iso-os)	67
larissia	111	levobunolol	97
LARTRUVO	34	levocarnitine	123
latanoprost	97	levocarnitine (with sugar)	123
LATUDA	67	levocetirizine	28
lax stool softener with senna	166	levofloxacin	20, 97
laxacin	166	levofloxacin in d5w	20
laxaclear	166	levoleucovorin	123
laxative (bisacodyl)	166	levonest (28)	111
laxative (glycerin-pediatric)	166	levonorg-eth estrad triphasic	111
laxative (sennosides)	166	levonorgestrel	166
laxative feminine	166	levonorgestrel-ethinyl estrad	111
laxative maximum strength	166	levora-28	111
laxative peg 3350	166	levorphanol tartrate	68
laxative pills	166	levothyroxine	111
laxative pills regular	166	LEVOXYL	111
laxative plus stool softener	166	LEXIVA	20
LAZANDA	67	LIALDA	102
lc-5	166	lice complete kit 1-2-3	167
leflunomide	123	lice killing	167
LENVIMA	34	lice killing (permethrin)	167
lessina	111	lice pyrinyl shampoo	167
LETAIRIS	127	lice solution	167
letrozole	111	lice treatment	167
leucovorin calcium	123	lice treatment (permethrin)	167
LEUKERAN	34	lidocaine	131, 167
LEUKINE	48	lidocaine (pf)	120
leuprolide	111	lidocaine hcl	97, 120
LEVEMIR	111	lidocaine viscous	98

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



lidocaine-prilocaine	131	loradamed	167
lillow	111	lorata-d	167
lincomycin	21	lorata-dine d	167
lindane	131	loratadine	167
linezolid	21	loratadine-d	167
linezolid-0.9% sodium chloride	21	lorazepam	68
LINZESS	102	lorazepam intensol	68
liothyronine	111	LORTUSS DM	167
LIP TREATMENT	167	lortuss ex	167
liquibid d-r	167	LORTUSS LQ	167
liquid antacid	167	loryna (28)	111
liquitears	167	losartan	53
lisinopril	53	losartan-hydrochlorothiazide	53
lisinopril-hydrochlorothiazide	53	lotrimin af	167
lite coat aspirin	167	LOTRIMIN AF (CLOTTRIMAZOLE)	168
LITE TOUCH INSULIN PEN NEEDLES	82	lotrimin af jock itch powder	168
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE	82	lotrimin af powder	168
lithium carbonate	68	lotrimin ultra	168
lithium citrate	68	lovastatin	53
LITHOSTAT	91	low-ogestrel (28)	111
little remedies	167	loxapine succinate	68
little remedies fever and pain	167	lubricant dry eye relief	168
LMX 5	167	lubricant eye	168
LODRANE D	167	lubricant eye (cmc-glycer)(pf)	168
lohist - d	167	lubricant eye (cmc-glycerin)	168
lohist-dm	167	lubricant eye (pg-peg 400)	168
long acting nasal decong (pse)	167	lubricant eye (pg-peg 400)(pf)	168
long acting nasal spray	167	lubricant eye (polyv alcohol)	168
LONSURF	34	lubricant eye drops	168
loperamide	167	lubricant gel	168
lopinavir-ritonavir	21	lubricant plus	168

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



lubricating drops	168	mag-g	168
lubricating plus	168	MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG	82
lubricating relief	168	MAGELLAN SYRINGE	82
lubrifresh pm	168	maglox	168
LUMIGAN	98	magnesium citrate	168
LUMIZYME	95	magnesium gluconate	168
LUPRON DEPOT	111	magnesium oxide	168
LUPRON DEPOT (3 MONTH)	111	magnesium sulfate	68
LUPRON DEPOT (4 MONTH)	111	magnesium sulfate in d5w	68
LUPRON DEPOT (6 MONTH)	112	magnesium sulfate in water	68
LUPRON DEPOT-PED	112	MAGOX	168
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH)	112	major-prep hemorrhoidal	169
lutra (28)	112	malathion	131
LYNPARZA	34	manganese chloride	136
LYRICA	68	mapap (acetaminophen)	169
LYSODREN	34	mapap arthritis pain	169
lyza	112	mapap cold formula	169
		mapap extra strength	169
		mapap pm	169
		mapap sinus max strength (pe)	169
		maprotiline	68
		MAR-COF BP	169
		MAR-COF CG	169
		marlissa	112
		MARPLAN	68
		MARQIBO	35
		masanti double strength	169
		masophen	169
		MATULANE	35
		MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE	82
		MAXIMUM D3	169

M

M.V.I. ADULT	136		
M.V.I. PEDIATRIC	136		
M.V.I.-12 (WITHOUT VITAMIN K)	136		
m-clear wc	168		
M-END DMX	168		
M-END MAX D	168		
M-END PE	168		
M-M-R II (PF)	41		
MAALOX ADVANCED	168		
maalox maximum strength	168		
MAG-AL	168		
MAG-AL PLUS	168		
mag-al plus extra strength	168		

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



maximum strength flu	169	mercaptopurine	35
maxiphen	169	meropenem	21
MAXIPHEN DM	169	meropenem-0.9% sodium chloride	21
meclizine	169	mesalamine	102
meclofenamate	68	mesalamine with cleansing wipe	102
medi pads	169	mesna	123
medi-laxx	169	MESNEX	123
medi-meclizine	169	METAMUCIL	169
MEDICATED BODY POWDER	169	METAMUCIL (WITH SUGAR)	169
medicated chest rub	169	METAMUCIL FIBER SINGLES	169
medicated pads	169	METAMUCIL SUGAR-FREE (ASPART)	170
medicidin-d	169	metaproterenol	44
mediproxen	169	metaxalone	44
medroxyprogesterone	112	metformin	112
mefloquine	21	methadone	69
megestrol	112	METHADOSE	69
MEKINIST	35	methazolamide	98
meloxicam	68	methenamine hippurate	21
melphalan	35	methergine	125
melphalan hcl	35	methimazole	112
memantine	69	METHITEST	112
men-phor	169	methocarbamol	44
MENACTRA (PF)	41	methotrexate sodium	35
MENEST	112	methotrexate sodium (pf)	35
MENHIBRIX (PF)	41	methoxsalen	131
MENOMUNE - A/C/Y/W-135	41	methyclothiazide	91
MENOMUNE - A/C/Y/W-135 (PF)	41	methyl dopa	53
MENTAX	131	methyl dopa-hydrochlorothiazide	53
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)	41	methylergonovine	125
meperidine	69	methylphenidate hcl	69
MEPHYTON	136	methylprednisolone	112

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



methylprednisolone acetate	112	migraine formula	170
methylprednisolone sodium succ	112	migraine pain reliever	170
methyltestosterone	112	migraine relief	170
metipranolol	98	milk of magnesia	170
metoclopramide hcl	102	milk of magnesia concentrated	170
metolazone	91	mimvey	113
metoprolol succinate	53	mineral freez	170
metoprolol ta-hydrochlorothiaz	54	mineral oil	170
metoprolol tartrate	54	MINI ULTRA-THIN II	83
metronidazole	21, 131	minocycline	21
metronidazole in nacl (iso-os)	21	minoxidil	54, 170
mexiletine	54	mintox	170
mgo	170	mintox maximum strength	170
mi-acid	170	mintox plus	170
mi-acid gas relief	170	MIRALAX	170
MIACALCIN	113	mirtazapine	69
micatin	170	misoprostol	102
miconazole nitrate	170	mitomycin	35
miconazole 7	170	mitoxantrone	35
miconazole-skin clnsr17	170	modafinil	69
miconazole-3	131, 170	moexipril	54
miconazorb af	170	moexipril-hydrochlorothiazide	54
micro-guard	170	moisturizing lubricant	170
microgestin fe 1.5/30 (28)	113	molindone	70
microgestin fe 1/20 (28)	113	mometasone	131
microgestin 1.5/30 (21)	113	MONISTAT 1 COMBO PACK	170
microgestin 1/20 (21)	113	MONISTAT 3	170
MICROGESTIN 24 FE	113	MONISTAT 7	170
midodrine	44	MONOJECT INSULIN SAFETY SYRING	83
MIDOL (NAPROXEN)	170	MONOJECT INSULIN SYRINGE	83
miglitol	113	MONOJECT SYRINGE	83

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



MONOJECT ULTRA COMFORT INSULIN	83	mucinex fast-max nite cold-flu	171
montelukast	127	MUCINEX FAST-MAX SEVERE COLD	171
morphine	70	mucinex fast-maxsev cold-sinus	171
morphine (pf)	70	MUCINEX FST-MX DY-NT COLD(DPH)	172
morphine concentrate	70	MUCINEX MINI-MELTS	172
motion relief (meclizine)	170	mucinex sinus-max	172
motion sickness	170	MUCINEX SINUS-MAX D-N (DIPHEN)	172
motion sickness (meclizine)	171	MUCINEX SINUS-MAX DY-NT (DXYL)	172
motion sickness ii	171	MUCINEX SINUS-MAX NITE CONGEST	172
motion sickness relief	171	MUCINEX SINUS-MAX PRESSUR-PAIN	172
motion sickness relief ii	171	MUCINEX SINUS-MAX SEV CONG(DM)	172
motion sickness relief(mecliz)	171	MUCINEX SINUS-MAX SEV CONGESTN	172
motion-time	171	mucosa	172
motrin pm	171	mucosa dm	172
move it along	171	mucus and cough relief	172
moxifloxacin	98	mucus d	172
MOZOBIL	48	mucus relief	172
mucaphed	171	mucus relief chest	172
MUCINEX	171	mucus relief cold and sinus	172
MUCINEX COLD AND SINUS	171	mucus relief cold-flu-sore thr	172
MUCINEX COUGH MINI-MELTS	171	mucus relief congestion-cough	172
MUCINEX D	171	mucus relief cough	172
MUCINEX D MAXIMUM STRENGTH	171	mucus relief d (phenylephrine)	172
MUCINEX DM	171	mucus relief d (pseudoephed)	172
MUCINEX FAST-MAX COLD-FLU-THRT	171	mucus relief dm	172
MUCINEX FAST-MAX CONGEST-COUGH	171	mucus relief dm max	172
mucinex fast-max congest-head	171	mucus relief er	172
MUCINEX FAST-MAX DAY-NITE CONG	171	mucus relief pe	172
MUCINEX FAST-MAX DAY-NT(DOXYL)	171	mucus relief plus	172
mucinex fast-max dm max	171	mucus relief sev congest-cold	172
mucinex fast-max nite (doxyl)	171	mucus relief severe cold	172

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



MUCUS RELIEF SINUS	172	nabumetone	70
mucus relief sinuspressur-pain	173	nadolol	54
mucus rlf severe sinus congest	173	nadolol-bendroflumethiazide	54
mucus-er max	173	nafcillin	21
MULTAQ	54	nafcillin in dextrose iso-osm	21
multi antibiotic plus	173	NAGLAZYME	95
multi-symptom cold (pe)	173	nalbuphine	70
multi-symptom cold (pe-cpm)	173	naloxone	70
multi-symptom cold daytime	173	naltrexone	71
multi-symptom cold night time	173	NAMENDA XR	71
mupirocin	131	NAMZARIC	71
mupirocin calcium	131	naphazoline	98
MURINE EAR	173	naphcon-a	173
murine ear wax removal system	173	naproxen	71
muro 128	173	naproxen sodium	71, 173
muscle relief	173	naratriptan	71
MUSTARGEN	35	NARCAN	71
MYALEPT	113	nasal allergy symptom control	173
myco nail a	173	nasal and sinus decongestant	173
mycophenolate mofetil	123	nasal decongest-antihistamine	173
mycophenolate mofetil hcl	123	nasal decongestant (oxymetazl)	173
mycophenolate sodium	123	nasal decongestant (pe)	173
myferon 150	173	nasal decongestant (pseudoeph)	173
MYFORTIC	123	nasal decongestant-antihist	173
MYLOTARG	35	nasal four	173
myorisan	131	nasal moisturizing	173
MYRBETRIQ	134	nasal spray (oxymetazoline)	173
mytab gas	173	nasal spray (sodium chloride)	173
mytab gas maximum strength	173	nasal spray extra moisturizing	174
myzilra	113	nasal spray long acting	174
		nasal spray moisturizing	174

N

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



nasal spray sinus	174	nefazodone	71
nasal spray 12 hour	173	neo-polycin	98
nasal spray 12 hour sinus	174	neo-polycin hc	98
NASALCROM	174	neo-synephrine (phenylephrine)	174
NASOPEN PE	174	neo-synephrine 12 h spr (oxym)	174
nateglinide	113	neomycin	21
NATPARA	113	neomycin-bacitracin-poly-hc	98
NATRAPEL	174	neomycin-bacitracin-polymyxin	98
natura-lax	174	neomycin-polymyxin b gu	131
natural balance	174	neomycin-polymyxin b-dexameth	98
natural calcium	174	neomycin-polymyxin-gramicidin	98
natural daily fiber	174	neomycin-polymyxin-hc	98
natural fiber laxative	174	NEOSPORIN (NEO-BAC-POLYM)	174
natural fiber laxative (sugar)	174	neosporin (neo-polym-gramicid)	98
natural fiber laxative therapy	174	NEOSPORIN + PAIN RELIEF	174
natural fiber supplement	174	neosporin anti-itch	174
natural laxative	174	NEOSPORIN PLUS PAINRELIEF(BAC)	175
natural psyllium fiber	174	NEPHRAMINE 5.4 %	91
natural senna laxative	174	NEPHRO-VITE	175
natural tears (pf)	174	NERLYNX	35
natural veg laxative(dextrose)	174	NEULASTA	48
natural veg laxative(sennosid)	174	NEUPOGEN	48
natural vegetable	174	NEUPRO	71
natural vegetable (psyllium)	174	NEUTROGENA T-GEL	175
nature's tears (hypromellose)	174	NEUTROGENA T-GEL CONDITIONER	175
nausea control	174	NEUTROGENA T/SAL	175
nausea relief	174	nevirapine	21
NEBUPENT	21	NEXAVAR	35
necon 0.5/35 (28)	113	niacin	175
necon 1/35 (28)	113	niacor	54
necon 10/11 (28)	113	nicardipine	54

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



nicoderm cq	175	nite time cold-flu relief (pe)	175
nicorelief	175	nite time-d cold-flu relief	176
NICORETTE	175	nite-time cold-flu	176
nicotine	175	nitetime multi-symptom	176
nicotine (polacrilex)	175	nitrofurantoin	22
NICOTROL NS	45	nitrofurantoin macrocrystal	22
nifedical xl	54	nitrofurantoin monohyd/m-cryst	22
nifedipine	54	nitroglycerin	54
night time	175	NITROSTAT	54
night time cold and flu relief	175	niva-hist dm	176
night time cold medicine	175	nivanex dmx	176
night time cold-flu	175	NIX CREME RINSE	176
night time cough-sore throat	175	NO DOZ	176
night time pain medicine	175	no drip	176
nighttime sleep	175	noble formula	176
nighttime allergy relief	175	noble formula hc	176
nighttime cold-flu	175	nohist-dm	176
nighttime cough	175	nohist-lq	176
nighttime cough-cold	175	non-aspirin	176
nighttime sinus-congestion	175	non-aspirin child	176
nighttime sleep aid (diphen)	175	non-aspirin extra strength	176
nighttime sleep-aid (doxylamn)	175	non-aspirin nighttime	176
nikki (28)	113	non-aspirin pain relief	176
NILANDRON	35	non-aspirin pain relief pm	176
nilutamide	35	non-aspirin pm	176
nimodipine	54	non-aspirin severe congest m-s	176
NINJACOF	175	non-aspirin 8 hour	176
NINJACOF-A	175	non-drowsy allergy	176
ninjacof-xg	175	noreth-ethinyl estradiol-iron	113
NINLARO	35	norethindrone (contraceptive)	113
nite time cold-flu	175	norethindrone ac-eth estradiol	113

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



norethindrone acetate	114	NOVOLOG PENFILL	114
norethindrone-e.estradiol-iron	114	NOVOPEN ECHO	83
norgestimate-ethinyl estradiol	114	NOVOTWIST	83
norlyda	114	NOXAFIL	22
norlyroc	114	nts step 1	176
NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE	91	nu way	176
NORMOSOL-R	92	NU-IRON	176
NORMOSOL-R IN 5 % DEXTROSE	92	NUEDEXTA	71
NORMOSOL-R PH 7.4	92	NULOJIX	123
nortemp	176	NUPLAZID	71
NORTHERA	45	NUTRILIPID	92
nortrel 0.5/35 (28)	114	nuzole	176
nortrel 1/35 (21)	114	nyamyc	132
nortrel 1/35 (28)	114	nyata	132
nortrel 7/7/7 (28)	114	nyquil d	176
nortriptyline	71	nystatin	22, 132
NORVIR	22	nystatin-triamcinolone	132
nose drops	176	nystop	132
nose drops extra strength	176	nyt-time sleep	176
nose spray	176	nytol	176
NOVOFINE AUTOCOVER	83	0	
NOVOFINE PLUS	83	OCEAN FOR KIDS	177
NOVOFINE 30	83	OCEAN NASAL	177
NOVOFINE 32	83	octreotide acetate	123
NOVOLIN N	114	ODEFSEY	22
NOVOLIN R	114	ODOMZO	36
NOVOLIN 70/30	114	odor control foot-sneaker	177
NOVOLOG	114	OFEV	127
NOVOLOG FLEXPEN	114	off active	177
NOVOLOG MIX 70-30	114	off deep woods	177
NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN	114	off deep woods dry	177



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).

off deep woods sportsmen	177	oseltamivir	22
off familycare (with deet)	177	oxaliplatin	36
off familycare(with picaridin)	177	oxandrolone	115
ofloxacin	22, 98	oxaprozin	72
ogestrel (28)	114	oxazepam	72
okebo	22	oxcarbazepine	72
olanzapine	71	oxybutynin chloride	134
omega-3 acid ethyl esters	55	oxycodone	72
omeprazole	102	oxycodone-acetaminophen	72
omeprazole magnesium	177	oxycodone-aspirin	72
OMNITROPE	114	oxymetazoline	177
ONCASPAR	36	oysco-500	177
ondansetron	102	oyster shell calcium	177
ondansetron hcl	102	oyster shell calcium 500	177
ondansetron hcl (pf)	102	oyster shell calcium-vit d2	177
ONFI	71, 72	P	
ONIVYDE	36	PACERONE	55
opcicon one-step	177	paclitaxel	36
OPDIVO	36	PAIN AND FEVER	177
OPSUMIT	127	pain and sleep	177
opti-clear	177	pain relief	177
ora relief	177	pain relief (acetamin-asp-caf)	177
oral relief sore throat spray	177	pain relief adult	177
oralone	132	pain relief allergy sinus	177
ORASEP	177	pain relief cold and cough	177
ORFADIN	123	pain relief extra strength	177
original nasal spray	177	pain relief pm	177
ORKAMBI	127	pain relief pm rapid release	177
ormir	177	pain relief regular strength	178
orphenadrine citrate	45	pain relief sinus pe	178
orsythia	115	pain reliever	178

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



pain reliever (acetam-aspirin)	178	peg-electrolyte soln	102
pain reliever extra strength	178	PEGANONE	72
pain reliever plus	178	PEGINTRON	22
pain reliever pm	178	PEGINTRON REDIPEN	22
pain reliever pm ex-strength	178	peg3350	178
pain relieving (m-salic-men)	178	PEN NEEDLE	83
pain-off	178	PEN NEEDLE, DIABETIC	83
paliperidone	72	penicillin g potassium	23
pamidronate	123	penicillin g sodium	23
pamprin max	178	penicillin v potassium	23
PANOXYL	178	PENTACEL (PF)	41
panoxyl-4	178	PENTAM	23
PANRETIN	132	pentazocine-naloxone	72
pantoprazole	102	PENTIPS	84
paricalcitol	135	pentoxifylline	48
paroex oral rinse	98	pep-t-med	178
paromomycin	22	PEPCID AC	178
paroxetine hcl	72	PEPCID COMPLETE	178
PASER	22	peptic relief	178
PATADAY	98	PEPTO-BISMOL	178
PAXIL	72	PEPTO-BISMOL MAX ST	178
PAZEO	98	PEPTO-BISMOL TO-GO	178
PEDI-BORO SOAK	178	PERCOGESIC	178
pedia relief	178	PERDIEM OVERNIGHT RELIEF	178
PEDIA RELIEF COUGH-COLD	178	PERFOROMIST	45
pediacare fever reducer	178	PERI-COLACE	178
pediacare multi-symptom cold	178	PERIGUARD	178
PEDIARIX (PF)	41	PERIKABIVEN	92
pediatric cough and cold	178	perindopril erbumine	55
PEDVAX HIB (PF)	41	periogard	98
peg 3350-electrolytes	102	PERJETA	36

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



permethrin	132, 179	pimtrex (28)	115
perphenazine	72	pindolol	55
perphenazine-amitriptyline	72	pink bismuth	179
PERSA-GEL	179	pink bismuth maximum strength	179
PETROLEUM JELLY	179	pioglitazone	115
PETROLEUM JELLY, WHITE	179	pioglitazone-glimepiride	115
pfizerpen-g	23	pioglitazone-metformin	115
pharbecchlor	179	piperacillin-tazobactam	23
pharbedryl	179	pirmella	115
pharbetol	179	piroxicam	73
PHAZYME	179	PLAN B ONE-STEP	179
phenaseptic	179	PLASMA-LYTE A	92
phendimetrazine tartrate	136	PLASMA-LYTE 148	92
phenelzine	72	PLASMA-LYTE-56 IN 5 % DEXTROSE	92
phenobarbital	73	pnv ob+dha	135
phentermine	136	podactin	179
phenylephrine-chlophedianol-gg	179	podofilox	132
phenylephrine-dm-guaifenesin	179	poly bacitracin (zinc)	179
phenylhistine dh	179	POLY HIST FORTE (DOXYLAMINE)	179
PHENYTEK	73	POLY HIST PD	179
phenytoin	73	POLY-HIST DM (THONZYLAMINE)	179
phenytoin sodium	73	poly-iron	179
phenytoin sodium extended	73	POLY-TUSSIN AC	179
PHILLIPS MILK OF MAGNESIA	179	POLY-VENT DM	179
phillips' liqui-gels	179	POLY-VENT IR	179
PHOSLYRA	92	polycin	99
PHOSPHOLINE IODIDE	99	polyethylene glycol 3350	179
PHYSIOLYTE	92	polymyxin b sulf-trimethoprim	99
PHYSIOSOL IRRIGATION	92	polymyxin b sulfate	23
pilocarpine hcl	45, 99	POLYSPORIN	179
pimozide	73	polyvinyl alcohol	179

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



POMALYST	36	prednisolone	115
portia	115	prednisolone acetate	99
PORTRAZZA	36	prednisolone sodium phosphate	99, 115
potassium chlorid-d5-0.45%nacl	92	prednisone	115
potassium chloride	92	prednisone intensol	115
potassium chloride in lr-d5	92	PREMARIN	115
potassium chloride in 0.9%nacl	92	PREMASOL 10 %	93
potassium chloride in 5 % dex	92	PREMASOL 6 %	93
potassium chloride-d5-0.2%nacl	92	PREMPHASE	115
potassium chloride-d5-0.3%nacl	93	PREMPRO	115
potassium chloride-d5-0.9%nacl	93	PRENATABS FA	135
potassium chloride-0.45 % nacl	92	prenatal plus (calcium carb)	135
potassium citrate	93	PREPARATION H	180
POTIGA	73	preparation h (witch hazel)	180
povidone-iodine	179	preparation h hydrocortisone	180
powderlax	179	PREPARATION H MAXIMUM STRENGTH	180
pr natal 400	135	PREPARATION H(PE, WITCH HAZEL)	180
pr natal 400 ec	135	PREPARATION H(PE,CB)	180
pr natal 430	135	pres gen	180
pr natal 430 ec	135	presgen b	180
PRALUENT PEN	55	pressure and pain	180
PRALUENT SYRINGE	55	pressure-pain pe plus mucus	180
pramipexole	73	PREVACID 24HR	180
pramoxine	179	prevalite	55
prasugrel	48	previfem	115
pravastatin	55	PREZCOBIX	23
prazosin	55	PREZISTA	23
pre-moistened hemorrhoidal	179	PRIFTIN	23
PRED-G	99	PRILOSEC OTC	180
PRED-G S.O.P.	99	primaquine	23
prednicarbate	132	PRIMATENE ASTHMA	180

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



primidone	73	promethazine-codeine	137
PRIMSOL	23	promethazine-dm	137
PRISTIQ	73	promethegan	28
PRIVIGEN	41	promolaxin	180
PRO COMFORT ALCOHOL PADS	132	propafenone	55
PRO COMFORT PEN NEEDLE	84	propantheline	45
PRO-CHLO	180	proparacaine	99
PRO-CLEAR AC	180	propranolol	55
PRO-RED AC (W/ DEXCHLORPHENIR)	180	propranolol-hydrochlorothiazid	55
probenecid	93	propylthiouracil	116
probenecid-colchicine	93	PROQUAD (PF)	41
procainamide	55	PROSHIELD PLUS	180
PROCALAMINE 3%	93	protective ointment	180
prochlorperazine	103	PROTONIX	103
prochlorperazine edisylate	103	protriptyline	73
prochlorperazine maleate	103	provil	180
PROCRIPT	48	pseudoephedrine hcl	180
procto-med hc	132	pseudoephedrine-guaifenesin	180
procto-pak	132	psyllium husk	180
proctosol hc	132	PULMOZYME	127
proctozone-hc	132	pure and gentle disposable	180
PRODIGY INSULIN SYRINGE	84	pure and gentle eye	180
progesterone in oil	115	purelax	180
progesterone micronized	115	PURIXAN	36
PROGLYCEM	116	pyrazinamide	23
PROGRAF	123	pyridostigmine bromide	45
PROLEUKIN	36	pyridoxine (vitamin b6)	137, 180
PROLIA	124	pyrilamine-phenylephrine	180
PROMACTA	48	Q	
promethazine	28	q-dryl	180
promethazine vc-codeine	136	q-pap	180



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).

q-pap extra strength	180	RECOMBIVAX HB (PF)	41
q-tapp	181	recort plus	181
q-tapp dm	181	rectasmothe	181
q-tussin	181	RECTICARE	181
q-tussin dm	181	RECTIV	132
QSYMIA	137	redness relief	181
QUADRACEL (PF)	41	redness reliever eye drops	181
quasense	116	refenesen	181
quenalin	181	refenesen dm	181
quetiapine	73	refenesen pe	181
quinapril	55	REFRESH CELLUVISC	181
quinapril-hydrochlorothiazide	55	REFRESH CLASSIC (PF)	181
quinidine gluconate	55	REFRESH LACRI-LUBE	181
quinidine sulfate	56	REFRESH OPTIVE ADVANCED	181
quinine sulfate	23	REFRESH OPTIVE ADVANCED (PF)	181
quit 2	181	REFRESH OPTIVE SENSITIVE (PF)	181
quit 4	181	REFRESH P.M.	181
R		REFRESH PLUS	181
RABAVERT (PF)	41	REGRANEX	132
racepinephrine	181	reguloid	181
raloxifene	116	reguloid (psyllium husk)	181
ramipril	56	reguloid, sugar free	181
RANEXA	56	relcof c	181
ranitidine hcl	103, 181	relcof dm	181
RAPAMUNE	124	relcof ir	182
rasagiline	73	RELENZA DISKHALER	24
react	181	relhist bp	182
ready-to-use enema	181	relhist dmx	182
ready-to-use enema (min oil)	181	RELION NEEDLES	84
REBETOL	23	RELION PEN NEEDLES	84
reclipsen (28)	116	RELISTOR	103

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



REMEDY ANTIFUNGAL	182	rest simply nighttime sleep	182
REMEDY CALAZIME SKIN PASTE	182	RESTASIS	99
REMEDY CLEANSING BODY	182	RESTASIS MULTIDOSE	99
REMEDY DIMETHICONE CREAM	182	restfully sleep	182
REMEDY NUTRASHIELD SKIN PROTEC	182	restore tears	182
remedy phytoplex antifungal	182	retaine cmc	182
REMEDY SKIN REPAIR	182	RETROVIR	24
remedy 4-in-1 cleanser	182	REVATIO	56
REMICADE	124	revive plus	182
REMODULIN	127	REVLIMID	36
rena-vite	182	REXULTI	73
renal vitamin	182	REYATAZ	24
renal-vite	182	RHEUMATREX	36
RENVELA	93	ri-gel	182
repaglinide	116	ri-gel ii	182
REPATHA PUSHTRONEX	56	ri-mox	183
REPATHA SURECLICK	56	ri-tussin	183
REPATHA SYRINGE	56	ri-tussin dm	183
repel family	182	ribasphere	24
repel hunter's	182	ribavirin	24
repel sportsmen	182	RID COMPLETE LICE ELIM KIT	183
repel sportsmen dry	182	rid lice killing	183
repel sportsmen max	182	RIDAURA	104
repel tick defense	182	rifabutin	24
repel 100	182	RIFAMATE	24
RESCON	182	rifampin	24
RESCON-DM	182	RIFATER	24
RESCON-GG	182	riluzole	74
RESCRIPTOR	24	rimantadine	24
reserpine	56	ringer's	93
RESPIRE-30	182	ringworm	183

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



risedronate	124	rydex	183
RISPERDAL CONSTA	74	RYMED (DEXCHLORPHENIRAMINE-PE)	183
risperidone	74	rynex dm	183
RITUXAN	36	rynex pe	183
RITUXAN HYCELA	36	rynex pse	183
rivastigmine tartrate	45	S	
rizatriptan	74	SABRIL	74
robafen	183	safe tussin dm	183
robafen cf (phenylephrine)	183	SAFESNAP INSULIN SYRINGE	84
robafen dm cough	183	sal-plant	183
robafen dm cough-chest congest	183	salactic film	183
robitussin cough and cold cf	183	saline mist	184
robitussin cough-chest cong dm	183	saline nasal	184
ROBITUSSIN COUGHGEL	183	saline nasal mist	184
robitussin long-acting	183	saline nose	184
robitussin m-s cold cf max	183	saline wound wash (benzethonm)	184
ROBITUSSIN NIGHTTIME COUGH DM	183	SAMSCA	93
robitussin pediatric	183	SANCUSO	103
ROGAINE	183	SANDIMMUNE	124
ROGAINE EXTRA STRENGTH FOR MEN	183	SANDOSTATIN LAR DEPOT	124
ropinirole	74	SANI-SUPP (ADULT)	184
rosuvastatin	56	SANI-SUPP (INFANT)	184
ROTARIX	41	SANTYL	132
ROTATEQ VACCINE	42	SAPHRIS (BLACK CHERRY)	74
roweepra	74	SARNA ANTI-ITCH	184
ru-hist d	183	SAVELLA	74
RUBBING ALCOHOL (ETHANOL)	183	SAXENDA	137
RUBRACA	36	scopolamine base	103
RULOX	183	SCOT-TUSSIN EXPECTORANT	184
rycontuss	183	scrub care povidone iodine	184
RYDAPT	36	sea soft nasal mist	184

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



sebex	184	SENSI-CARE MOISTURIZING 2	185
secura antifungal	184	SENSIPAR	116
secura antifungal extra thick	184	SEREVENT DISKUS	45
secura dimethicone	184	SEROSTIM	116
SECURA MOISTURIZING	184	sertraline	74
SECURA PERSONAL	184	setlakin	116
secura protective	184	severe allergy-sinus headache	185
SECURA PROTECTIVE (ZINC OXIDE)	184	severe cold	185
SECURA TOTAL BODY CLEANSER	184	severe cold (diphen-pe-acetam)	185
selegiline hcl	74	severe cold and flu (pe)	185
selsun blue	184	severe cold and flu nighttime	185
selsun blue (salicylic acid)	184	severe cold cough-flu	185
selsun blue naturals	184	severe cold multi-symptom	185
SELZENTRY	24	severe cold pe	185
sen-o-tab	184	severe congestion	185
senexon	184	severe congestion and coughmax	185
senexon-s	184	severe sinus	185
senna	184	severe sinus congest alrgy-cgh	185
senna lax	184	shake that ache	185
senna laxative	184	sharobel	116
senna laxative-stool softener	184	SIGNIFOR	116
senna plus	184	silace	185
senna with docusate sodium	184	siladryl sa	185
senna-s	184	sildenafil (antihypertensive)	56
senna-time s	184	silphen cough	185
sennalax-s	184	siltussin dm das	185
senno	185	siltussin sa	185
sennosides-docusate sodium	185	siltussin-dm	185
SENOKOT	185	silver sulfadiazine	132
SENOKOT-S	185	simethicone	185
SENSI-CARE	185	SIMPONI	124

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



SIMULECT	124	sleep aid max str (diphenhydr)	186
simvastatin	56	sleep ii	186
sinus and allergy non-drowsy	185	sleep tablet (diphenhydramine)	186
sinus and allergy pe	185	sleep time	186
sinus and allergy(pseudoephed)	185	sleepgels	186
sinus and cold-d	185	sleeping	186
sinus congest-pain day-night	185	SMOFLIPID	93
sinus congestion and pain	185	smooth antacid	186
sinus congestion-pain(chlorph)	186	smoothlax	186
sinus congestion-pain(guaif)	186	sochlor	186
sinus decongestant (pe)	186	sodium bicarbonate	93, 186
sinus headache pe	186	sodium chloride	93, 186
sinus maximum strength	186	sodium chloride 0.45 %	93
sinus nasal spray	186	sodium chloride 0.9 %	93
sinus pain relief	186	sodium chloride 3 %	93
sinus pe decongestant	186	sodium chloride 5 %	93
sinus relief (non-drowsy)	186	SODIUM EDECRIN	94
sinus relief (oxymetazoline)	186	sodium lactate	94
sinus relief pressure and pain	186	sodium phenylbutyrate	94
sinus relief severe congestion	186	sodium polystyrene (sorb free)	94
sinus 12 hour	185	sodium polystyrene sulfonate	94
sinus-allergy (phenylephrine)	186	sof-lax	186
sinutrol pe	186	SOLTAMOX	116
sirolimus	124	SOLU-MEDROL	116
SIRTURO	24	SOLU-MEDROL (PF)	116
SIVEXTRO	25	soluble fiber	187
skin protectant a and d	186	SOMATULINE DEPOT	116
skin treatment	186	SOMAVERT	116, 117
sleep	186	soothe (bismuth subsalicylate)	187
sleep aid (diphenhydramine)	186	SOOTHE AND COOL INZO BARRIER	187
sleep aid (doxylamine)	186	SOOTHE AND COOL MEDSEPTIC	187

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



soothe and cool skin paste	187	sterile eye drops	187
soothe regular strength	187	STERILE GAUZE PAD	126
SOOTHE-COOL MOISTURE BARRIER	187	STIMATE	117
SOOTHE-COOL PROTECT MEDSEPTIC	187	stimulant laxative plus	187
soothing care (hydrocortisone)	187	STIOLTO RESPIMAT	45
sorbugen nr	187	STIVARGA	37
sore throat (menthol)	187	stomach relief	187
sore throat (phenol)	187	stomach relief max strength	187
sore throat and cough	187	stomach relief original	187
SORIATANE	133	stool softener	187
sorine	56	stool softener-stimulant laxat	187
sotalol	56	STRATTERA	75
sotalol af	56	STRENSIQ	95
SOVALDI	25	streptomycin	25
SPIRIVA RESPIMAT	45	STRIBILD	25
SPIRIVA WITH HANDIHALER	45	STRIVERDI RESPIMAT	45
spironolacton-hydrochlorothiaz	56	SUBOXONE	75
spironolactone	56	SUCRAID	95
sprintec (28)	117	sucralfate	103
SPRITAM	74	SUDAFED	187
SPRYCEL	36, 37	SUDAFED PE PRESSURE+PAIN	187
SPS (WITH SORBITOL)	94	sudafed pe pressure+pain+cough	187
sronyx	117	SUDAFED PE PRESSURE+PAIN+MUCUS	187
SSD	133	SUDAFED 12 HOUR	187
st joseph aspirin	187	sudogest	187
st. joseph aspirin	187	sudogest cold and allergy	188
STAFLEX (BROMPHENIRA-ACETAMIN)	187	sudogest pe	188
STAHIST AD	187	sudogest sinus and allergy	188
stavudine	25	sudogest 12-hour	188
stay awake	187	sulfacetamide sodium	99
stay awake maximum strength	187	sulfacetamide sodium (acne)	133

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



sulfacetamide-prednisolone	99	SUTENT	37
sulfadiazine	25	swim ear	188
sulfamethoxazole-trimethoprim	25	swimmer's instant ear dry	188
sulfasalazine	25	syeda	117
sulindac	75	SYLATRON	25
sumatriptan	75	SYLVANT	37
sumatriptan succinate	75	SYMBICORT	127
super calcium	188	SYMLINPEN 120	117
super pain relief	188	SYMLINPEN 60	117
suphedrin	188	SYNAGIS	25
suphedrin 12 hour	188	SYNAREL	117
suphedrine	188	SYNERCID	25
suphedrine pe	188	SYNJARDY	117
suphedrine pe cold and allergy	188	SYNJARDY XR	117
suphedrine pe sinus and allergy	188	SYNRIBO	37
suphedrine pe sinus headache	188	SYNTHROID	117
suphedrine 12 hour	188	SYPRINE	104
suppository adult	188	SYSTANE (PF)	188
SUPRAX	25	SYSTANE (PROPYLENE GLYCOL)	188
SUPRENZA	137	SYSTANE GEL	188
SUPREP BOWEL PREP KIT	103	SYSTANE NIGHTTIME	188
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS	133	SYSTANE ULTRA	188
SURE COMFORT INS. SYR. U-100	84	SYSTANE ULTRA (PF)	188
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE	84	S2 RACEPINEPHRINE	183
SURE COMFORT PEN NEEDLE	84	T	
SURE-FINE PEN NEEDLES	84	t-plus	188
SURE-JECT INSULIN SYRINGE	85	tab tussin	188
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS	133	tab tussin dm	188
SURFAK	188	TABLOID	37
SURMONTIL	75	tacrolimus	124, 133
SUSTIVA	25	tactinal	188

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



tactinal extra strength	188	tension headache	189
TAFINLAR	37	tension headache pain reliever	189
TAGAMET HB	188	tension headache relief	189
TAGRISSO	37	tera-gel tar shampoo	189
TAKE ACTION	188	terazosin	57
TAMIFLU	25, 26	terbinafine hcl	26, 189
tamoxifen	117	terbutaline	45
tamsulosin	45	terconazole	133
TARCEVA	37	TERUMO INSULIN SYRINGE	85
TARGRETIN	37, 133	TESSALON PERLES	137
tarina fe 1/20 (28)	117	testosterone cypionate	117
TASIGNA	37	testosterone enanthate	117
TAXOTERE	37	tetanus-diphtheria toxoids-td	42
tazarotene	133	tetanus,diphtheria tox ped(pf)	42
TAZORAC	133	tetrabenazine	75
taztia xt	56	tetracycline	26
tears again (pva)	188	THALOMID	124
TEARS NATURALE FORTE	188	the magic bullet	189
tears naturale free (pf)	188	theophylline	134
tears naturale ii	188	thera-gel	189
TEARS NATURALE PM	189	THERA-GESIC	189
tears pure	189	THERA-GESIC PLUS	189
TECENTRIQ	37	theraflu expressmax cold day	189
TECHLITE PEN NEEDLE	85	theraflu expressmax cold night	189
TEFLARO	26	THERAFLU FLU-SORE THROAT	189
TEKTURNA	56	THERAFLU NIGHT SEVERE COLD-CGH	189
telmisartan	57	therapeutic mineral ice	189
telmisartan-amlodipine	57	therapeutic shampoo	189
temazepam	75	therapeutic t plus	189
TEMODAR	37	theratears	189
TENIVAC (PF)	42	THERMAZENE	133

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



thiamine hcl (vitamin b1)	137	TOLAK	133
THINPRO INSULIN SYRINGE	85	tolbutamide	118
THIOLA	124	tolcapone	75
thioridazine	75	tolnaftate	189
thiotepa	37	tolterodine	134
thiothixene	75	TOPCARE CLICKFINE	85
thrivite-19	135	TOPCARE ULTRA COMFORT	85
throat spray	189	topiramate	75
THYMOGLOBULIN	124	toposar	37
THYROLAR-1	117	topotecan	38
THYROLAR-1/2	117	TORISEL	38
THYROLAR-1/4	117	torsemide	94
THYROLAR-2	118	total allergy medicine	189
THYROLAR-3	118	total home insect repellent	189
tiagabine	75	TOUJEO SOLOSTAR	118
ticlopidine	48	TOVIAZ	134
tigecycline	26	TPN ELECTROLYTES	94
TIKOSYN	57	TRACLEER	127
tilia fe	118	TRADJENTA	118
timolol maleate	57, 99	tramadol	76
TINACTIN	189	tramadol-acetaminophen	76
tinidazole	26	trandolapril	57
tioconazole	189	tranexamic acid	48
tioconazole-1	189	TRANSDERM-SCOP	103
TIVICAY	26	tranylcypromine	76
tizanidine	45	TRAVASOL 10 %	94
TOBI PODHALER	26	TRAVATAN Z	99
tobramycin	99	travel sickness	189
tobramycin sulfate	26	trazodone	76
tobramycin-dexamethasone	99	TREANDA	38
TOBREX	99	TRECTOR	26

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



TRELSTAR	118	TRIPLE ANTIBIOTIC	190
TRESIBA FLEXTOUCH U-100	118	triple antibiotic (pram) extra	190
TRESIBA FLEXTOUCH U-200	118	triple antibiotic plus	190
tretinoin	133	triple antibiotic-pain relief	190
tretinoin (chemotherapy)	38	triple paste af	190
TREXALL	38	TRISENOX	38
tri femynor	118	TRIUMEQ	26
tri-biozene	189	trivora (28)	118
tri-buffered aspirin	189	trixaicin	190
tri-legest fe	118	trixaicin hp	190
tri-lo-estarylla	118	TROPHAMINE 10 %	94
tri-lo-sprintec	118	TROPHAMINE 6%	94
tri-previfem (28)	118	tropicamide	100
tri-sprintec (28)	118	trosipium	134
triacting m-sym cold/cough	189	TRUEPLUS INSULIN	85
triamcinolone acetonide	133	TRUEPLUS PEN NEEDLE	85
triaminic cold and cough (pe)	190	TRULICITY	118
TRIAMINIC COLD AND COUGHNT(PE)	190	TRUMENBA	42
triamterene-hydrochlorothiazid	94	TRUVADA	26
triderm	133	tucks (witch hazel)	190
trifluoperazine	76	TUMS	190
trifluridine	99	tums dual action (famotidine)	190
trihexyphenidyl	76	TUMS E-X	190
triklo	57	TUMS EXTRA STRENGTH SMOOTHIES	190
trilyte with flavor packets	103	TUMS FRESHERS	190
trimethobenzamide	103	tums ultra	190
trimethoprim	26	tusicof	190
trimipramine	76	tusnel c	190
trinessa (28)	118	tusnel diabetic	190
trinessa lo	118	TUSNEL NEW FORMULA	190
TRINTELLIX	76	TUSNEL PEDIATRIC	190

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR	87	vaniply	192
ULTRA-THIN II (SHORT) PEN NDL	87	VANISHPOINT SYRINGE	87
ULTRA-THIN II INS PEN NEEDLES	87	vaporizing rub	192
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE	87	vaporizing steam	192
ultrathon	191, 192	VAQTA (PF)	42
UNIFINE PENTIPS	87	VARIVAX (PF)	42
UNIFINE PENTIPS PLUS	87	VARIZIG	42
unisom (diphenhydramine)	192	VASCEPA	57
UNISOM (DOXYLAMINE)	192	vazotab (pyrilamine)	192
unisom sleepgels	192	VECTIBIX	38
UNITHROID	119	VELCADE	38
UNITUXIN	38	velivet triphasic regimen (28)	119
ursodiol	103	VELTASSA	94
UVADEX	133	VEMLIDY	26
V		VENCLEXTA	38
vagistat-3	192	VENCLEXTA STARTING PACK	38
valacyclovir	26	venlafaxine	76
VALCHLOR	133	VENOFER	137
valganciclovir	26	VENTOLIN HFA	46
valproate sodium	76	verapamil	57
valproic acid	76	VEREGEN	134
valproic acid (as sodium salt)	76	VERIPRED 20	119
valsartan	57	VERSACLOZ	76
valsartan-hydrochlorothiazide	57	verticalm	192
valu-dryl allergy	192	VERZENIO	38
valu-tapp	192	vestura (28)	119
VANACOF	192	VIBERZI	103
VANACOF DM	192	VICKS CHILDREN'S NYQUIL COLD-C	192
VANACOF-8	192	vicks dayquil cold-flu relief	192
VANA HIST PD	192	vicks dayquil cough	192
vancomycin	26	VICKS DAYQUIL MUCUS CONTROL DM	192

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



vicks dayquil severe cold-flu	192	vinorelbine	38
vicks nature fusion	192	viorele (28)	119
vicks nature fusion cough	192	VIRACEPT	27
VICKS NYQUIL COLD/FLU (CPM)	192	VIRAZOLE	27
vicks nyquil cold/flu liquicap	192	VIREAD	27
VICKS NYQUIL COUGH	192	virtussin dac	193
VICKS NYQUIL NIGHTTIME RELIEF	192	visine	193
VICKS NYQUIL SEVERE COLD-FLU	192	VISINE-A	193
VICKS NYQUIL SINEX	192	vitamin a and d	193
vicks qllearquil allergy	193	vitamin a and d grx	193
VICKS QLEARQUIL DAYTIME SINUS	193	vitamin b-6	193
VICKS QLEARQUIL NIGHTTIME SINUS	193	vitamin d2	137
vicks qllearquil nighttime rlf	193	vitamin k	137
vicks qllearquil(oxymetazoline)	193	vitamin k1	137
vicks sinex ultra fine mist 12	193	VITEKTA	27
vicks sinex 12-hour	193	VIVARIN	193
VICKS VAPODROPS	193	VOLTAREN	77
VICKS VAPORUB	193	voriconazole	27
vicks vaposteam	193	VOTRIENT	39
VICTOZA 2-PAK	119	VPRIV	95
VICTOZA 3-PAK	119	VRAYLAR	77
VIDEX 2 GRAM PEDIATRIC	27	VYXEOS	39
VIDEX 4 GRAM PEDIATRIC	27	W	
vienva	119	wal-act d cold and allergy	193
vigabatrin	76	wal-dram	193
VIGAMOX	100	wal-dryl (diphenhydramine-zn)	193
VIIBRYD	76	wal-dryl allergy	193
VIMPAT	76, 77	wal-dryl severe allergy-sinus	193
vinblastine	38	wal-fex allergy	193
vincasar pfs	38	wal-fex d 12 hour	193
vincristine	38	wal-finate	193

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



wal-finate-d	193	wal-tap	194
wal-flu cold and sore throat	193	wal-tap dm	194
wal-flu night severe cold	193	wal-tussin	194
wal-flu night time	193	wal-tussin cough	194
wal-flu severe cold and cough	193	wal-tussin cough and cold cf	194
wal-flu severe cold-cough	193	wal-tussin dm	194
wal-four	193	wal-tussin dm clear	194
wal-itin	194	wal-tussin max strength cough	194
wal-itin d	194	wal-zan 150	194
wal-itin d 12 hour	194	wal-zan 75	194
wal-mucil fiber	194	wal-zyr (cetirizine)	195
wal-mucil fiber (aspartame)	194	wal-zyr (ketotifen)	195
wal-mucil fiber (sugar)	194	wal-zyr d	195
wal-nadol pm	194	warfarin	48
wal-phed	194	wart remover	195
wal-phed d	194	water for irrigation, sterile	94
wal-phed pe	194	WEBCOL	134
wal-phed pe nighttime cold	194	wee care	195
wal-phed pe severe cold	194	WELCHOL	57
wal-phed pe sinus and allergy	194	wera (28)	119
wal-phed pe sinus headache	194	WHITE PETROLATUM	195
wal-phed pe triple relief	194	WHITE PETROLEUM JELLY	195
wal-phed 12 hour	194	WINRHO SDF	42
wal-profen	194	witch hazel	195
wal-profen cold-sinus	194	witch hazel leaf (hamamelis)	195
wal-profen d cold and sinus	194	woman's laxative	195
wal-proxen	194	women's gentle laxative(bisac)	195
wal-sleep z	194	women's laxative (bisacodyl)	195
wal-som (diphenhydramine)	194	women's stool softener	195
wal-som (doxylamine)	194	wymzya fe	119
wal-sporin	194		

X

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



XALKORI	39	ZEMPLAR	135
XARELTO	49	zenatane	134
XATMEP	39	zenchent fe	119
XELJANZ	124	ZERBAXA	27
XELJANZ XR	124	ZERIT	27
XENICAL	137	ZETIA	58
XGEVA	124	ZIAGEN	27
XIFAXAN	27	zidovudine	27
XOLAIR	128	ZIKS ARTHRITIS PAIN RELIEF	195
XTAMPZA ER	77	zinc chloride	137
XTANDI	39	zinc oxide	195
XYREM	77	ziprasidone hcl	77
Y		ZIRGAN	100
YERVOY	39	zoledronic acid	125
YF-VAX (PF)	42	zoledronic acid-mannitol-water	125
YONDELIS	39	ZOLINZA	39
Z		zolpidem	77
z-sleep	195	zonisamide	77
Z-TUSS AC	195	ZONTIVITY	49
zafirlukast	128	ZORTRESS	125
zaleplon	77	ZOSTAVAX (PF)	42
ZALTRAP	39	zovia 1/35e (28)	119
ZANOSAR	39	zovia 1/50e (28)	119
ZANTAC MAXIMUM STRENGTH	195	ZOVIRAX	134
ZANTAC 75	195	ZYDELIG	39
zarah	119	ZYKADIA	39
ZARXIO	49	zyncof	195
ZAVESCA	125	ZYPREXA RELPREVV	77
zeasorb (miconazole)	195	ZYRTEC	195
ZEJULA	39	ZYRTEC-D	195
ZELBORAF	39	ZYTIGA	39

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



ZYVOX	28
ZZZQUIL	195
1-day	137
1ST TIER UNIFINE PENTIPS	77
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS	77
12 hour cold relief	137
12 hour decongestant	137
12 hour nasal relief spray	137
12 hour nasal spray	137
12-hour cough relief	137
24 hour allergy relief	137
24hour allergy	138
3 day vaginal	138
3-day vaginal	138
8 hour pain reliever	138
8-MOP	128



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-855-280-4002 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Este. 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.....	13	Medicamentos radiológicos no pertenecientes135
Alergias.....	28	a la Parte D
Cáncer.....	28	Medicamentos de venta sin receta médica.....137
Prevención de enfermedades.....	40	
Trastornos autoinmunes.....	43	
Coagulación de la sangre.....	46	
Enfermedades cardíacas.....	49	
Enfermedades cerebrales y de la médula espinal	58	
Diabetes.....	77	
Medicamentos utilizados para el diagnóstico de la enfermedad	87	
Hipertensión y la retención de agua.....	88	
Enfermedades genéticas.....	94	
Enfermedades de ojos, oídos, nariz y garganta.....	95	
Enfermedades estomacales e intestinales.....	100	
Artritis.....	104	
Niveles altos de metal en sangre.....	104	
Desequilibrio hormonal.....	104	
Dolor local.....	120	
Artritis y otras enfermedades como esclerosis múltiple y osteoporosis	120	
Hemorragia postparto.....	125	
Tratamiento de heridas.....	125	
Asma.....	126	
Problemas de la piel.....	128	
Problemas de vejiga.....	134	
Deficiencia de vitaminas.....	135	

La discriminación es contra la ley

Humana Inc. 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 Inc.** no excluye ni trata de manera diferente a nadie por motivos de raza, color de la piel, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Humana Inc. 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 1-855-280-4002, o si utiliza un TTY, llame al 711.

Si usted cree que **Humana Inc.** han 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 1-855-280-4002 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>

English: ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-280-4002 (TTY: 711).

Español (Spanish): ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-280-4002 (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 1-855-280-4002 (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 1-855-280-4002 (TTY: 711).

한국어 (Korean): 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-280-4002 (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 1-855-280-4002 (TTY: 711).

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-280-4002 (телетайп: 711).

Français (French): ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-280-4002 (ATS : 711).

Deutsch (German): ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-855-280-4002 (TTY: 711).

فارسی (Farsi):

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-280-4002 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

हिंदी (Hindi): ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-280-4002 (TTY: 711) पर कॉल करें।

وُڊُرَا (Urdu):

خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-855-280-4002 (TTY: 711)۔

বাংলা (Bengali): লক্ষ্য করুনঃ যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নথিখরচায় ভাষা সহায়তা পরষিবো উপলব্ধ আছে। ফোন করুন 1-855-280-4002 (TTY: 711)।

አማርኛ (Amharic): ማሳሰቢያ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገለግሉት ተዘጋጅተዋል፡ ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-855-280-4002 (መስማት ለተሳናቸው: 711)፡፡

Igbo asusu (Ibo): Ige nti: O buru na asu Ibo asusu, enyemaka diri gi site na call 1-855-280-4002 (TTY: 711).

èdè Yorùbá (Yoruba): AKIYESI: Ti o ba nso ede Yoruba ofe ni iranlowo lori ede wa fun yin o. E pe ero ibanisoro yi 1-855-280-4002 (TTY: 711).

Bàsɔ̀̀-wùdù-po-nỳ̀ (Bassa): Dè dẹ nìà kẹ dyédé gbo: ɔ jũ ké òm [Bàsɔ̀̀-wùdù-po-nỳ̀] jũ ní, nìí, à wuɖu kà kò dọ̀ po-poò bé ìn òm gbo kpáa. Ọ́á 1-855-280-4002 (TTY: 711)

العربية (Arabic):

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-280-4002 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

FAVOR LEER CON ATENCIÓN: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS PARA ESTE PLAN. ESTE FORMULARIO FUE ACTUALIZADO EL 22/12/2017. SI TIENE PREGUNTAS, LLAME A HUMANA GOLD PLUS INTEGRATED H3480-001 (MEDICARE-MEDICAID PLAN) AL 1-855-280-4002 (TTY: 711), DE LUNES A VIERNES DE 8 A.M. A 8 P.M., HORA DEL ESTE. LA LLAMADA ES GRATUITA.

