

2017

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)

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

FAVOR LEER CON ATENCIÓN: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS PARA ESTE PLAN. ESTE FORMULARIO FUE ACTUALIZADO EL 22/12/2017 SI TIENE PREGUNTAS, LLAME A HUMANA GOLD PLUS INTEGRATED H0336-001 (MEDICARE-MEDICAID PLAN) AL 1-800-787-3311 (TTY: 711), DE LUNES A VIERNES DE 8 A.M. A 8 P.M., HORA DEL CENTRO. LA LLAMADA ES GRATUITA.

Humana[®]

Índice:

Introducción	4
Preguntas frecuentes	5
Lista de medicamentos cubiertos	12
Índice de medicamentos	139
Lista de medicamentos por enfermedad	190

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



Humana Gold Plus Integrated H0336-001 (Medicare-Medicaid Plan) | Lista de medicamentos cubiertos 2017 (formulario)

Esta es una lista de los medicamentos que los afiliados pueden obtener en Humana Gold Plus Integrated.

- Humana Gold Plus Integrated H0336-001 es un plan de salud que tiene contrato con Medicare y Medicaid de Illinois para proveer los beneficios de ambos programas a los afiliados.
- La Lista de medicamentos cubiertos o las redes de farmacias y proveedores pueden cambiar durante el año. Le enviaremos una notificación antes de efectuar un cambio que le afecte.
- Los beneficios pueden cambiar el 1 de enero de cada año. Siempre puede consultar la Lista de medicamentos cubiertos actualizada de Humana Gold Plus Integrated en línea en **Humana.com**.
- Se pueden aplicar limitaciones y restricciones. Para obtener más información, llame a Atención al cliente de Humana Gold Plus Integrated al 1-800-787-3311 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. O lea el Manual para los afiliados de Humana Gold Plus Integrated.
- Puede obtener este documento en español gratuitamente o hablar con alguien sobre esta información en otros idiomas sin cargo. Llame al 1-800-787-3311 (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 Spanish or speak with someone about this information in other languages for free. Call 1-800-787-3311 (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 1-855-787-3311 (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 al 1-800-787-3311 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita.

Preguntas frecuentes

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

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

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

Los medicamentos, incluidos en la lista de medicamentos cubiertos que comienza en la página 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 1-800-787-3311 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita.

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 1-800-787-3311 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita.



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

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.

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



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

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 139.

Para buscar por **enfermedad**, busque la sección denominada “Lista de medicamentos por enfermedad” en la página 190. Los medicamentos en esta sección están agrupados por categorías dependiendo del tipo de enfermedades para las cuales se los use. Por ejemplo, si tiene un problema cardíaco, debe buscar en la categoría “enfermedades relacionadas con el corazón”. Allí encontrará los medicamentos para tratar las afecciones cardíacas.

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

Si su medicamento no aparece en la lista, llame a Atención al cliente al 1-800-787-3311 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este. La llamada es gratuita. 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 ayudarle. Podemos cubrir un suministro temporal de 30 días del medicamento durante los primeros 90 días posteriores a su afiliación a Humana Gold Plus Integrated. De esa forma tendrá un poco más de tiempo para hablar con su médico u otro profesional que prescribe el medicamento. Con él podrá determinar si hay un medicamento similar en la lista de medicamentos que sirva como alternativa o si se debe solicitar una excepción.

Cubriremos un suministro de 30 días del medicamento si:

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

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

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

Si vive en un hogar 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



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

Suministro de transición para afiliados actuales

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

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

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

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

Extensión de transición

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

Aviso de prácticas de privacidad

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

Si necesita ayuda para comprender esta información, comuníquese con la Atención al cliente llamando al 1-800-787-3311 (TTY: 711) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este para obtener servicios de traducción gratis. La llamada es gratuita.

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.



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 período 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?

Como afiliado del Plan Humana Gold Plus Integrated, tiene ningún copago para los medicamentos recetados y medicamentos de venta sin receta siempre y cuando siga las reglas del plan Humana Gold Plus Integrated.



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

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

Lista de medicamentos 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 139.

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

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

Nota: El asterisco (*) al lado de un medicamento indica que dicho medicamento no es un “medicamento de la Parte D”. El monto que paga al presentar una receta de este medicamento en la farmacia no se tiene en cuenta en el total de costos de medicamentos (o sea, el monto que paga no le ayuda a calificar para cobertura catastrófica). Además, si recibe Ayuda adicional para pagar las recetas, no recibirá ayuda adicional para pagar esos medicamentos. También existen reglas de apelación diferentes para estos medicamentos. Una *apelación* es un procedimiento para pedir la revisión de una decisión de cobertura, y su modificación si considera que cometimos un error. Por ejemplo, podríamos decidir que un medicamento que usted desea no está cubierto o ha dejado de estar cubierto por Medicare o Medicaid. Si usted o su médico no están de acuerdo con nuestra decisión, puede apelar. Para pedir instrucciones sobre cómo presentar una apelación, comuníquese con la Atención al cliente llamando al 1-800-787-3311 (TTY: 711) 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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.

AGENTES ANTIINFECTIVOS - Medicamentos utilizados para tratar infecciones

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>abacavir 20 mg/ml solution</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (960 cada 30 días)
<i>abacavir 300 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
<i>abacavir-lamivudine 600-300 mg</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
<i>abacavir-lamivudine-zidov tab</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
ABELCET 5 MG/ML INTRAVENOUS SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
<i>acyclovir 200 mg capsule; acyclovir 200 mg/5 ml susp; acyclovir 400 mg, 800 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>acyclovir 1,000 mg/20 ml vial; acyclovir sodium 50 mg/ml, 500 mg vial</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
<i>adefovir dipivoxil 10 mg tab</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ALBENZA 200 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
ALINIA 100 MG/5 ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (150 cada 30 días)
ALINIA 500 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (40 cada 30 días)
AMBISOME 50 MG INTRAVENOUS SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
<i>amikacin sulf 500 mg/2 ml vial</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>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</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>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</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>amphotericin b 50 mg vial</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
<i>ampicillin 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml susp; ampicillin 250 mg, 500 mg capsule</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>ampicillin 1 gm vial; ampicillin 1 gram, 10 gram, 125 mg vial; ampicillin 10 gm vial</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>ampicillin-sulbactam 15 gm vl; ampicillin-sulbactam 3 gm vial</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
APTIVUS 100 MG/ML ORAL SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (285 cada 28 días)
APTIVUS 250 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (120 cada 30 días)
<i>atovaquone 750 mg/5 ml susp</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>atovaquone-proguanil 250-100; atovaquone-proguanil 62.5-25</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ATRIPLA 600 MG-200 MG-300 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
<i>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</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>aztreonam 1 gm vial; aztreonam 2 gm vial</i> ^{EC}	\$0 (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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>bacitracin 50,000 unit vial</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
BARACLUDE 0.05 MG/ML ORAL SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (630 cada 30 días)
BETHKIS 300 MG/4 ML SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{EC}	\$0 (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}	\$0 (Nivel 2)	
BICILLIN L-A 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
CANCIDAS 50 MG, 70 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
CAPASTAT 1 GRAM SOLUTION FOR INJECTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
<i>caspofungin acetate 50 mg, 70 mg vial</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
CAYSTON 75 MG/ML SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (84 cada 28 días)
<i>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</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefadroxil 1 gm tablet; cefadroxil 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml susp; cefadroxil 500 mg capsule</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefazolin 1 gm vial; cefazolin 1 gram, 10 gram, 500 mg vial; cefazolin 10 gm vial</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefazolin 1 g/50 ml-dextrose; cefazolin 2 g/100 ml-dextrose</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefdinir 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml susp; cefdinir 300 mg capsule</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefepime hcl 1 gm vial; cefepime hcl 1 gram, 2 gram vial</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>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</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefotetan 1 gm vial; cefotetan 10 gm vial; cefotetan 2 gm vial</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefoxitin 1 gm vial; cefoxitin 10 gm vial; cefoxitin 2 gm vial</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefoxitin 1 gm piggyback bag; cefoxitin 2 gm piggyback bag</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefpodoxime 100 mg, 200 mg tablet; cefpodoxime 100 mg/5 ml, 50 mg/5 ml susp</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefprozil 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml susp; cefprozil 250 mg, 500 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>ceftazidime 1 gm vial; ceftazidime 2 gm vial; ceftazidime 6 gm vial</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>ceftazidime 1 gm piggyback; ceftazidime 2 gm piggyback</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>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</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>cefuroxime axetil 250 mg, 500 mg tab</i> ^{EC}	\$0 (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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
cefuroxime sod 1.5 gm vial; cefuroxime sod 1.5 gram, 7.5 gram, 750 mg vial; cefuroxime sod 7.5 gm vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
cephalexin 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml susp; cephalexin 250 mg, 500 mg tablet; cephalexin 250 mg, 500 mg, 750 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
chloramphen na succ 1 gm vl ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
chloroquine ph 250 mg, 500 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ciprofloxacin hcl 100 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ciprofloxacin-d5w 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
clarithromycin 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml sus; clarithromycin 250 mg, 500 mg tablet; clarithromycin er 500 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
clindamycin hcl 150 mg, 300 mg, 75 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
clindamycin 300 mg/50 ml, 600 mg/50 ml, 900 mg/50 ml-ns ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
clindamycin-d5w 300 mg/50 ml, 600 mg/50 ml, 900 mg/50 ml ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
clindamycin 75 mg/5 ml soln ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
clindamycin pediatric 75 mg/5 ml oral solution ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
clindamycin ph 900 mg/6 ml vl ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
COARTEM 20 MG-120 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (24 cada 30 días)
colistimethate 150 mg vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
COMPLERA 200 MG-25 MG-300 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
CRESEMBA 186 MG CAPSULE; CRESEMBA 372 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
CRIXIVAN 200 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (450 cada 30 días)
CRIXIVAN 400 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (270 cada 30 días)
CUBICIN 500 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
CUBICIN RF 500 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
cycloserine 250 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
DAKLINZA 30 MG, 60 MG, 90 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (28 cada 28 días)
dapsone 100 mg, 25 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
daptomycin 500 mg vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
DARAPRIM 25 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
demeclocycline 150 mg, 300 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
DESCOVY 200 MG-25 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
dicloxacillin 250 mg, 500 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
didanosine dr 125 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 días)
didanosine dr 200 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
didanosine dr 250 mg, 400 mg capsule ^{EC}	\$0 (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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
DIFICID 200 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	TP,LC (20 cada 10 días)
DORIBAX 500 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
<i>doripenem 250 mg, 500 mg vial</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>doxy-100 100 mg intravenous solution</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>doxycycline hyc 100 mg vial; doxycycline hyclate 100 mg tab; doxycycline hyclate 100 mg, 50 mg cap</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>doxycycline 25 mg/5 ml susp; doxycycline mono 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>doxycycline mono 100 mg, 50 mg, 75 mg cap; doxycycline mono 100 mg, 50 mg, 75 mg capsule</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
EDURANT 25 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
EMTRIVA 10 MG/ML ORAL SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (680 cada 28 días)
EMTRIVA 200 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
<i>entecavir 0.5 mg, 1 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
EPCLUSA 400 MG-100 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (28 cada 28 días)
EPIVIR HBV 25 MG/5 ML (5 MG/ML) ORAL SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
EPZICOM 600 MG-300 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
ERAXIS(WATER DILUENT) 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
ERYTHROCIN 500 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
<i>erythromycin 250 mg, 500 mg filmtab</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>ethambutol hcl 100 mg, 400 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
EVOTAZ 300 MG-150 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
<i>famciclovir 125 mg, 250 mg, 500 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 días)
<i>fluconazole 10 mg/ml, 40 mg/ml susp; fluconazole 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluconazole-dext 400 mg/200 ml</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluconazole-nacl 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>flucytosine 250 mg, 500 mg capsule</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>fosamprenavir 700 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
<i>foscarnet 24 mg/ml infus bttl</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
FUZEON 90 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
<i>ganciclovir 500 mg vial</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
<i>gentamicin 80 mg/2 ml vial</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>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</i> ^{EC}	\$0 (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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
GENVOYA 150 MG-150 MG-200 MG-10 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
<i>griseofulvin 125 mg/5 ml susp</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>griseofulvin ultra 125 mg, 250 mg tab</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
HARVONI 90 MG-400 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (28 cada 28 días)
<i>hydroxychloroquine 200 mg tab</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>imipenem-cilastatin 250 mg, 500 mg vial</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
INTELENCE 100 MG, 25 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (120 cada 30 días)
INTELENCE 200 MG TABLET ^{EC}	\$0 (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}	\$0 (Nivel 2)	AP
INVANZ 1 GRAM, 1 GRAM INTRAVENOUS SOLUTION; INVANZ 1 GRAM, 1 GRAM SOLUTION FOR INJECTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
INVIRASE 200 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (300 cada 30 días)
INVIRASE 500 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (120 cada 30 días)
ISENTRESS 100 MG ORAL POWDER PACKET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (300 cada 30 días)
ISENTRESS 100 MG, 25 MG CHEWABLE TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (180 cada 30 días)
ISENTRESS 400 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (120 cada 30 días)
ISENTRESS HD 600 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
<i>isoniazid 100 mg, 300 mg tablet; isoniazid 100 mg/ml, 50 mg/5 ml solution; isoniazid 100 mg/ml, 50 mg/5 ml vial</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>itraconazole 100 mg capsule</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
<i>ivermectin 3 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
JULUCA 50 MG-25 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
KALETRA 100 MG-25 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (300 cada 30 días)
KALETRA 200 MG-50 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (150 cada 30 días)
KALETRA 400 MG-100 MG/5 ML ORAL SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
KETEK 300 MG, 400 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
<i>ketoconazole 200 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>lamivudine 10 mg/ml oral soln</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (960 cada 30 días)
<i>lamivudine 150 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
<i>lamivudine 300 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
<i>lamivudine hbv 100 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>lamivudine-zidovudine tablet</i> ^{EC}	\$0 (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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
levofloxacin 25 mg/ml solution; levofloxacin 250 mg, 500 mg, 750 mg tablet; levofloxacin 500 mg/20 ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
levofloxacin 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml-d5w ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
LEXIVA 50 MG/ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (1575 cada 28 días)
LEXIVA 700 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (120 cada 30 días)
lincomycin hcl 600 mg/2 ml vl ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
linezolid 100 mg/5 ml susp; linezolid 600 mg tablet; linezolid 600 mg/300 ml iv sol ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
linezolid-0.9% nacl 600 mg/300 ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
lopinavir-ritonavir 80-20mg/ml ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
mefloquine hcl 250 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
meropenem iv 1 gm vial; meropenem iv 1 gram, 500 mg vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
meropenem-0.9% nacl 1 gram/50; meropenem-0.9% nacl 500 mg/50 ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
methenamine hipp 1 gm tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
metronidazole 250 mg, 500 mg tablet; metronidazole 375 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
metronidazole 500 mg/100 ml ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
minocycline 100 mg, 50 mg, 75 mg capsule; minocycline hcl 100 mg, 50 mg, 75 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
nafcillin 1 gm vial; nafcillin 10 gm vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
nafcillin 1 gm/ 50 ml inj ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
NEBUPENT 300 MG SOLUTION FOR INHALATION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	Bo D
neomycin 500 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
nevirapine 200 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
nevirapine 50 mg/5 ml susp ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (1200 cada 30 días)
nevirapine er 100 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
nevirapine er 400 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
nitrofurantoin 25 mg/5 ml susp ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
nitrofurantoin mcr 100 mg, 50 mg cap ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
nitrofurantoin mono-mcr 100 mg ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
NORVIR 100 MG CAPSULE; NORVIR 100 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (360 cada 30 días)
NORVIR 80 MG/ML ORAL SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (480 cada 30 días)
NOXAFIL 100 MG TABLET,DELAYED RELEASE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (93 cada 30 días)
NOXAFIL 200 MG/5 ML (40 MG/ML) ORAL SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (840 cada 28 días)
NOXAFIL 300 MG/16.7 ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
nystatin 100,000 unit/ml susp; nystatin 500,000 unit oral tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ODEFSEY 200 MG-25 MG-25 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>ofloxacin 300 mg, 400 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>okebo 100 mg, 75 mg capsule</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
<i>oseltamivir 6 mg/ml suspension</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (720 cada 365 días)
<i>oseltamivir phos 30 mg capsule</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (112 cada 365 días)
<i>oseltamivir phos 45 mg, 75 mg capsule</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (56 cada 365 días)
<i>paromomycin 250 mg capsule</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
PASER 4 GRAM GRANULES DELAYED-RELEASE PACKET ^{EC}	\$0 (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}	\$0 (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}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (4 cada 28 días)
<i>penicillin g k 20 million unit, 5 million unit; penicillin gk 20 million unit, 5 million unit</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>penicillin g na 5 million unit</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>penicillin vk 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml soln; penicillin vk 250 mg, 500 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
PENTAM 300 MG SOLUTION FOR INJECTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
<i>pfizerpen-g 20 million unit, 5 million unit solution for injection</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>piperacil-tazobact 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</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>polymyxin b sulfate vial</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
PREZCOBIX 800 MG-150 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
PREZISTA 100 MG/ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (360 cada 30 días)
PREZISTA 150 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (240 cada 30 días)
PREZISTA 600 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
PREZISTA 75 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (480 cada 30 días)
PREZISTA 800 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
PRIFTIN 150 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
<i>primaquine 26.3 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
PRIMSOL 50 MG/5 ML ORAL SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
<i>pyrazinamide 500 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>quinine sulfate 324 mg capsule</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (42 cada 7 días)
REBETOL 40 MG/ML ORAL SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (1000 cada 30 días)
RELENZA DISKHALER 5 MG/ACTUATION POWDER FOR INHALATION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 180 días)
RESCRIPTOR 100 MG DISPERSIBLE TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (360 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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
RESCRIPTOR 200 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (180 cada 30 días)
RETROVIR 10 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
REYATAZ 150 MG, 200 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
REYATAZ 300 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
REYATAZ 50 MG ORAL POWDER PACKET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
<i>ribasphere 200 mg capsule; ribasphere 200 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (168 cada 28 días)
<i>ribavirin 200 mg capsule; ribavirin 200 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (168 cada 28 días)
<i>ribavirin 6 gm inhalation vial</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
<i>rifabutin 150 mg capsule</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
RIFAMATE 300 MG-150 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
<i>rifampin 150 mg, 300 mg capsule; rifampin iv 600 mg vial</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
RIFATER 50 MG-120 MG-300 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
<i>rimantadine hcl 100 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
SELZENTRY 150 MG, 25 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (240 cada 30 días)
SELZENTRY 20 MG/ML ORAL SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (920 cada 30 días)
SELZENTRY 300 MG, 75 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (120 cada 30 días)
SIRTURO 100 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (68 cada 28 días)
SIVEXTRO 200 MG INTRAVENOUS SOLUTION; SIVEXTRO 200 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (6 cada 28 días)
SOVALDI 400 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (28 cada 28 días)
<i>stavudine 1 mg/ml solution</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (2400 cada 30 días)
<i>stavudine 15 mg, 20 mg capsule</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
<i>stavudine 30 mg, 40 mg capsule</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
<i>streptomycin sulf 1 gm vial</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
STRIBILD 150 MG-150 MG-200 MG-300 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
<i>sulfadiazine 500 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>sulfamethoxazole-tmp ds tablet; sulfamethoxazole-tmp inj vial; sulfamethoxazole-tmp ss tablet; sulfamethoxazole-tmp susp</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>sulfasalazine 500 mg, 500 mg tablet; sulfasalazine dr 500 mg, 500 mg tab</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
SUPRAX 400 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
SUSTIVA 200 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (120 cada 30 días)
SUSTIVA 50 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (480 cada 30 días)
SUSTIVA 600 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
SYLATRON 200 MCG, 300 MCG, 600 MCG SUBCUTANEOUS KIT ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (4 cada 28 días)
SYNAGIS 100 MG/ML, 50 MG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION ^{EC}	\$0 (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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
SYNERCID 500 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
TAMIFLU 30 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (112 cada 365 días)
TAMIFLU 45 MG, 75 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (56 cada 365 días)
TAMIFLU 6 MG/ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (720 cada 365 días)
TEFLARO 400 MG, 600 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
<i>terbinafine hcl 250 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (90 cada 365 días)
<i>tetracycline 250 mg, 500 mg capsule</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>tigecycline 50 mg vial</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>tinidazole 250 mg, 500 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
TIVICAY 10 MG, 25 MG, 50 MG TABLET ^{EC}	\$0 (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}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (224 cada 28 días)
<i>tobramycin 10 mg/ml, 40 mg/ml vial</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
TRECTOR 250 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
<i>trimethoprim 100 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
TRIUMEQ 600 MG-50 MG-300 MG TABLET ^{EC}	\$0 (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}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
TYGACIL 50 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
TYZEKA 600 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
<i>valacyclovir hcl 1 gram, 500 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 días)
<i>valganciclovir 450 mg tablet; valganciclovir hcl 50 mg/ml</i> ^{EC}	\$0 (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}	\$0 (Nivel 1)	
VEMLIDY 25 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
VIDEX 2 GRAM PEDIATRIC 10 MG/ML (FINAL CONC.) ORAL SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (1200 cada 30 días)
VIDEX 4 GRAM PEDIATRIC 10 MG/ML (FINAL CONC.) ORAL SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (1200 cada 30 días)
VIRACEPT 250 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (300 cada 30 días)
VIRACEPT 625 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (120 cada 30 días)
VIRAZOLE 6 GRAM SOLUTION FOR INHALATION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
VIREAD 150 MG, 200 MG, 250 MG, 300 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
VIREAD 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM) ORAL POWDER ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (240 cada 30 días)
VITEKTA 150 MG, 85 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
<i>voriconazole 200 mg vial</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>voriconazole 200 mg, 50 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	AP,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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
voriconazole 40 mg/ml susp ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (400 cada 30 días)
XIFAXAN 200 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (9 cada 30 días)
XIFAXAN 550 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (84 cada 28 días)
ZERBAXA 1.5 GRAM INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
ZERIT 1 MG/ML ORAL SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (2400 cada 30 días)
ZIAGEN 20 MG/ML ORAL SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (960 cada 30 días)
zidovudine 100 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (180 cada 30 días)
zidovudine 300 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
zidovudine 50 mg/5 ml syrup ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (1680 cada 28 días)
ZYVOX 100 MG/5 ML ORAL SUSPENSION; ZYVOX 600 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	

MEDICAMENTOS ANTIHISTAMÍNICOS - Medicamentos utilizados para tratar alergias

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

AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS - Medicamentos utilizados para tratar cáncer

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
ABRAXANE 100 MG INTRAVENOUS SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
adriamycin 10 mg/5 ml, 2 mg/ml, 20 mg/10 ml, 50 mg/25 ml intravenous solution ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
AFINITOR 10 MG, 2.5 MG, 5 MG, 7.5 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
AFINITOR DISPERZ 2 MG, 3 MG, 5 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
ALECENSA 150 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (240 cada 30 días)
ALIMTA 100 MG, 500 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
ALIQOPA 60 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (3 cada 28 días)
ALKERAN 2 MG TABLET; ALKERAN 50 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
ALUNBRIG 30 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (180 cada 30 días)
ARRANON 250 MG/50 ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
ARZERRA 1,000 MG/50 ML, 100 MG/5 ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (400 cada 28 días)
AVASTIN 25 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
<i>azacitidine 100 mg vial</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	AP
BAVENCIO 20 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
BELEODAQ 500 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
BENDEKA 25 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
BESPONSA 0.9 MG(0.25 MG/ML INITIAL CONCENTRATION) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
<i>bexarotene 75 mg capsule</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (300 cada 30 días)
<i>bicalutamide 50 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
BICNU 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
<i>bleomycin sulfate 15 unit, 30 unit vial</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
BOSULIF 100 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
BOSULIF 500 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
<i>busulfan 60 mg/10 ml vial</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
BUSULFEX 60 MG/10 ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
CABOMETYX 20 MG, 40 MG, 60 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
CALQUENCE 100 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
CAPRELSA 100 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
CAPRELSA 300 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
<i>carboplatin 50 mg/5 ml vial</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
<i>cisplatin 50 mg/50 ml vial</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
<i>cladribine 10 mg/10 ml vial</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
<i>clofarabine 20 mg/20 ml vial</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
CLOLAR 20 MG/20 ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
COMETRIQ 100 MG/DAY (80 MG X 1-20 MG X 1) CAPSULES ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (56 cada 28 días)
COMETRIQ 140 MG/DAY (80 MG X 1-20 MG X 3) CAPSULES ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (112 cada 28 días)
COMETRIQ 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY) CAPSULES ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (84 cada 28 días)
COSMEGEN 0.5 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
COTELLIC 20 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (63 cada 28 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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
cyclophosphamide 1 gm vial; cyclophosphamide 1 gram, 2 gram, 500 mg vial; cyclophosphamide 2 gm vial; cyclophosphamide 25 mg, 50 mg capsule EC	\$0 (Nivel 1)	B o D
CYRAMZA 10 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (200 cada 28 días)
cytarabine 20 mg/ml vial EC	\$0 (Nivel 1)	B o D
cytarabine 100 mg/5 ml (20 mg/ml), 2 gram/20 ml (100 mg/ml), 20 mg/ml vial; cytarabine 100 mg/5 ml vial; cytarabine 2 g/20 ml vial EC	\$0 (Nivel 1)	B o D
dacarbazine 100 mg, 200 mg vial EC	\$0 (Nivel 1)	B o D
dactinomycin 0.5 mg vial EC	\$0 (Nivel 1)	
DARZALEX 20 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (400 cada 30 días)
daunorubicin 20 mg/4 ml vial EC	\$0 (Nivel 1)	B o D
DAUNOXOME 50 MG (2 MG/ML) VIAL EC	\$0 (Nivel 2)	B o D
decitabine 50 mg vial EC	\$0 (Nivel 1)	AP
DOCEFREZ 20 MG, 80 MG INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	B o D
docetaxel 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	\$0 (Nivel 1)	B o D
docetaxel 200 mg/20 ml vial EC	\$0 (Nivel 2)	B o D
doxorubicin 10 mg, 10 mg/5 ml, 2 mg/ml, 20 mg/10 ml, 50 mg, 50 mg/25 ml vial; doxorubicin 150 mg/75 ml vial EC	\$0 (Nivel 1)	B o D
doxorubicin liposome 50mg/25ml EC	\$0 (Nivel 1)	AP
DROXIA 200 MG, 300 MG, 400 MG CAPSULE EC	\$0 (Nivel 2)	
EMCYT 140 MG CAPSULE EC	\$0 (Nivel 2)	
EMPLICITI 300 MG, 400 MG INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	AP
epirubicin 200 mg, 200 mg/100 ml, 50 mg, 50 mg/25 ml vial; epirubicin hcl 200 mg, 200 mg/100 ml, 50 mg, 50 mg/25 ml vial EC	\$0 (Nivel 1)	B o D
ERBITUX 100 MG/50 ML, 200 MG/100 ML INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	AP
ERIVEDGE 150 MG CAPSULE EC	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (28 cada 28 días)
ERWINAZE 10,000 UNIT SOLUTION FOR INJECTION EC	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 28 días)
ETOPOPHOS 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	B o D
etoposide 100 mg/5 ml vial EC	\$0 (Nivel 1)	B o D
EVOMELA 50 MG INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	AP
FARYDAK 10 MG, 15 MG, 20 MG CAPSULE EC	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (6 cada 21 días)
FASLODEX 250 MG/5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE EC	\$0 (Nivel 2)	B o D,LC (30 cada 30 días)
fludarabine 50 mg, 50 mg/2 ml vial EC	\$0 (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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>fluorouracil 1 gram/20 ml, 2.5 gram/50 ml, 5 gram/100 ml, 500 mg/10 ml vial; fluorouracil 1,000 mg/20 ml vl; fluorouracil 2,500 mg/50 ml vl; fluorouracil 5,000 mg/100 ml</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
<i>flutamide 125 mg capsule</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
FOLOTYN 20 MG/ML (1 ML), 40 MG/2 ML (20 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
GAZYVA 1,000 MG/40 ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 28 días)
<i>gemcitabine 1 gram/26.3 ml vl; gemcitabine 2 gram/52.6 ml vl; gemcitabine 200 mg/5.26 ml vl; gemcitabine hcl 1 gram, 1 gram/26.3 ml (38 mg/ml), 2 gram, 2 gram/52.6 ml (38 mg/ml), 200 mg, 200 mg/5.26 ml (38 mg/ml) vial</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
GILOTRIF 20 MG, 30 MG, 40 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
GLEEVEC 100 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (180 cada 30 días)
GLEEVEC 400 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
GLEOSTINE 10 MG, 100 MG, 40 MG, 5 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
HALAVEN 1 MG/2 ML (0.5 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
HERCEPTIN 150 MG, 440 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
HEXALEN 50 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
HYCANTIN 4 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
<i>hydroxyurea 500 mg capsule</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
IBRANCE 100 MG, 125 MG, 75 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (21 cada 28 días)
ICLUSIG 15 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
ICLUSIG 45 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
IDAMYCIN PFS 1 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
<i>idarubicin hcl 20 mg/20 ml vl</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
IDHIFA 100 MG, 50 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
<i>ifosfamide 1 gm vial; ifosfamide 1 gm/20 ml vial; ifosfamide 3 gm vial; ifosfamide 3 gm/ 60 ml vial</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
IMBRUVICA 140 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
IMFINZI 50 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
IMLYGIC 10EXP6 (1 MILLION) PFU/ML SUSPENSION FOR INJECTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (4 cada 365 días)
IMLYGIC 10EXP8 (100 MILLION) PFU/ML SUSPENSION FOR INJECTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (8 cada 28 días)
INLYTA 1 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (180 cada 30 días)
INLYTA 5 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
IRESSA 250 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
<i>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 vl</i> ^{EC}	\$0 (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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
ISTODAX 10 MG/2 ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
IXEMPRA 15 MG, 45 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
JAKAFI 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
JEVTANA 10 MG/ML (FIRST DILUTION) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
KADCYLA 100 MG, 160 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
KEYTRUDA 25 MG/ML, 50 MG INTRAVENOUS SOLUTION; KEYTRUDA 25 MG/ML, 50 MG VIAL ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
KISQALI 200 MG/DAY (200 MG X 1) TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (21 cada 28 días)
KISQALI 400 MG/DAY (200 MG X 2) TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (42 cada 28 días)
KISQALI 600 MG/DAY (200 MG X 3) TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (63 cada 28 días)
KISQALI FEMARA CO-PACK 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (49 cada 28 días)
KISQALI FEMARA CO-PACK 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (70 cada 28 días)
KISQALI FEMARA CO-PACK 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (91 cada 28 días)
KYPROLIS 30 MG, 60 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
LARTRUVO 10 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
LENVIMA 10 MG/DAY (10 MG X 1/DAY) CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 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}	\$0 (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}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (90 cada 30 días)
LEUKERAN 2 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
LONSURF 15 MG-6.14 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (100 cada 30 días)
LONSURF 20 MG-8.19 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (80 cada 30 días)
LYNPARZA 100 MG, 150 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
LYNPARZA 50 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (448 cada 28 días)
LYSODREN 500 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
MARQIBO 5 MG/31 ML (0.16 MG/ML) (FINAL CONC.) INTRAVENOUS KIT ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
MATULANE 50 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
MEKINIST 0.5 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
MEKINIST 2 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
<i>melphalan 2 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
<i>melphalan 50 mg vial w-diluent</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
<i>mercaptopurine 50 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>methotrexate 2.5 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
<i>methotrexate 50 mg/2 ml vial</i> ^{EC}	\$0 (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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>methotrexate 1 gm vial; methotrexate 50 mg/2 ml vial</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>mitomycin 20 mg, 40 mg, 5 mg vial</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
<i>mitoxantrone 25 mg/12.5 ml vl</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
MUSTARGEN 10 MG SOLUTION FOR INJECTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
MYLOTARG 4.5 MG (1 MG/ML INITIAL CONCENTRATION) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
NERLYNX 40 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (180 cada 30 días)
NEXAVAR 200 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
NILANDRON 150 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
<i>nilutamide 150 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
NINLARO 2.3 MG, 3 MG, 4 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (3 cada 28 días)
ODOMZO 200 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
ONCASPAR 750 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
ONIVYDE 4.3 MG/ML INTRAVENOUS DISPERSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
OPDIVO 100 MG/10 ML, 40 MG/4 ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (80 cada 28 días)
<i>oxaliplatin 100 mg, 100 mg/20 ml, 50 mg, 50 mg/10 ml (5 mg/ml) vial; oxaliplatin 50 mg/10 ml vial</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
<i>paclitaxel 100 mg/16.7 ml vial</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
PERJETA 420 MG/14 ML (30 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
POMALYST 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (21 cada 28 días)
PORTRAZZA 800 MG/50 ML (16 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (100 cada 21 días)
PROLEUKIN 22 MILLION UNIT INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
PURIXAN 20 MG/ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (300 cada 30 días)
REVLIMID 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (28 cada 28 días)
RHEUMATREX 2.5 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
RITUXAN 10 MG/ML CONCENTRATE, INTRAVENOUS ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
RITUXAN HYCELA 1,400 MG/11.7 ML (120 MG/ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (46.8 cada 28 días)
RITUXAN HYCELA 1,600 MG/13.4 ML (120 MG/ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (13.4 cada 28 días)
RUBRACA 200 MG, 250 MG, 300 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
RYDAPT 25 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (224 cada 28 días)
SPRYCEL 100 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
SPRYCEL 140 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
SPRYCEL 20 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (90 cada 30 días)
STIVARGA 40 MG TABLET ^{EC}	\$0 (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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
SUTENT 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG, 50 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (28 cada 28 días)
SYLVANT 100 MG, 400 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
SYNRIBO 3.5 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (28 cada 28 días)
TABLOID 40 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
TAFINLAR 50 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (180 cada 30 días)
TAFINLAR 75 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
TAGRISSE 40 MG, 80 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
TARCEVA 100 MG, 150 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
TARCEVA 25 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (90 cada 30 días)
TARGRETIN 75 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (300 cada 30 días)
TASIGNA 150 MG, 200 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
TAXOTERE 80 MG/4 ML (20 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
TECENTRIQ 1,200 MG/20 ML (60 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (20 cada 21 días)
TEMODAR 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (27 cada 30 días)
<i>thiotepa 15 mg vial</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
<i>toposar 20 mg/ml intravenous solution</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
<i>topotecan hcl 4 mg, 4 mg/4 ml (1 mg/ml) vial; topotecan hcl 4 mg/4 ml vial</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
TORISEL 30 MG/3 ML (10 MG/ML) (FIRST DILUTION) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (8 cada 28 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}	\$0 (Nivel 2)	AP
<i>tretinoin 10 mg capsule</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
TREXALL 10 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
TRISENOX 10 MG/10 ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
TYKERB 250 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (150 cada 30 días)
UNITUXIN 3.5 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (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}	\$0 (Nivel 2)	AP
VELCADE 3.5 MG SOLUTION FOR INJECTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (4 cada 21 días)
VENCLEXTA 10 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (28 cada 28 días)
VENCLEXTA 100 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
VENCLEXTA 50 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (14 cada 28 días)
VENCLEXTA STARTING PACK 10 MG-50 MG-100 MG TABLETS IN A DOSE PACK ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (42 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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
VERZENIO 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
vinblastine 1 mg/ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
vincasar pfs 1 mg/ml, 2 mg/2 ml intravenous solution ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
vincristine 1 mg/ml, 2 mg/2 ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
vinorelbine 10 mg/ml, 50 mg/5 ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
VOTRIENT 200 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
VYXEOS 44 MG-100 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
XALKORI 200 MG, 250 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
XATMEP 2.5 MG/ML ORAL SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 28 días)
XTANDI 40 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
YERVOY 200 MG/40 ML (5 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (280 cada 21 días)
YERVOY 50 MG/10 ML (5 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (250 cada 21 días)
YONDELIS 1 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
ZALTRAP 100 MG/4 ML (25 MG/ML), 200 MG/8 ML (25 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (40 cada 28 días)
ZANOSAR 1 GRAM INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
ZEJULA 100 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (90 cada 30 días)
ZELBORAF 240 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (240 cada 30 días)
ZOLINZA 100 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
ZYDELIG 100 MG, 150 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
ZYKADIA 150 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (150 cada 30 días)
ZYTIGA 250 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
ZYTIGA 500 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)

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}	\$0 (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}	\$0 (Nivel 2)	
BCG VACCINE (TICE STRAIN) VIAL ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
BEXSERO 50 MCG-50 MCG-50 MCG-25 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	\$0 (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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
BOOSTRIX TDAP 2.5 LF UNIT-8 MCG-5 LF/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION; BOOSTRIX TDAP 2.5 LF UNIT-8 MCG-5 LF/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE EC	\$0 (Nivel 2)	
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) 15 LF UNIT-10 MCG-5 LF/0.5 ML IM SUSP EC	\$0 (Nivel 2)	
ENGERIX-B (PF) 20 MCG/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION; ENGERIX-B (PF) 20 MCG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE EC	\$0 (Nivel 2)	BoD
ENGERIX-B 10 MCG/0.5 ML PED VL; ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) 10 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE EC	\$0 (Nivel 2)	BoD
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	\$0 (Nivel 2)	AP
GARDASIL SYRINGE; GARDASIL VIAL EC	\$0 (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	\$0 (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	\$0 (Nivel 2)	
HIBERIX (PF) 10 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	
HYPERRAB S/D (PF) 150 UNIT/ML INTRAMUSCULAR SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	BoD
IMOGAM RABIES-HT (PF) 150 UNIT/ML INTRAMUSCULAR SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	BoD
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) 2.5 UNIT INTRAMUSCULAR SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	BoD
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	\$0 (Nivel 2)	
IPOL 40 UNIT-8 UNIT-32 UNIT/0.5 ML SUSPENSION FOR INJECTION EC	\$0 (Nivel 2)	
IXIARO (PF) 6 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE EC	\$0 (Nivel 2)	
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	\$0 (Nivel 2)	
M-M-R II (PF) 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	
MENACTRA (PF) 4 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	
MENHIBRIX (PF) 5 MCG-2.5 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	
MENOMUNE-A-C-Y-W-135 W-DILUENT EC	\$0 (Nivel 2)	
MENOMUNE-A-C-Y-W-135 W-DILUENT EC	\$0 (Nivel 2)	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 10 MCG-5 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR KIT EC	\$0 (Nivel 2)	
PEDIARIX (PF) 10 MCG-25 LF-25 MCG-10 LF/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE EC	\$0 (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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
PEDVAX HIB (PF) 7.5 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	
PENTACEL (PF) 15 LF UNIT-20 MCG-5 LF /0.5 ML INTRAMUSCULAR KIT EC	\$0 (Nivel 2)	
PRIVIGEN 10 % INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	B o D
PROQUAD (PF) 10EXP3-4.3-3-3.99TCID50/0.5ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION EC	\$0 (Nivel 2)	
QUADRACEL (PF) 15 LF-48 MCG-5 LF UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION EC	\$0 (Nivel 2)	
RABAVERT (PF) 2.5 UNIT INTRAMUSCULAR SUSPENSION EC	\$0 (Nivel 2)	B o D
RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION; RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE EC	\$0 (Nivel 2)	B o D
ROTARIX 10EXP6 CCID50/ML SUSPENSION EC	\$0 (Nivel 2)	
ROTATEQ VACCINE 2 ML ORAL SOLUTION EC	\$0 (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	\$0 (Nivel 2)	
<i>diphtheria-tetanus toxoids-ped</i> EC	\$0 (Nivel 1)	
<i>tetanus diphtheria toxoids</i> EC	\$0 (Nivel 1)	
TRUMENBA 120 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE EC	\$0 (Nivel 2)	
TWINRIX (PF) 720 ELISA UNIT-20 MCG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE; TWINRIX VACCINE VIAL EC	\$0 (Nivel 2)	
TYPHIM VI 25 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION; TYPHIM VI 25 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE EC	\$0 (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	\$0 (Nivel 2)	
VARIVAX (PF) 1,350 UNIT/0.5 ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION EC	\$0 (Nivel 2)	
VARIZIG 125 UNIT INTRAMUSCULAR POWDER FOR SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (10 cada 30 días)
VARIZIG 125 UNIT/1.2 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION EC	\$0 (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	\$0 (Nivel 2)	B o D
YF-VAX (PF) 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION EC	\$0 (Nivel 2)	
ZOSTAVAX (PF) 19,400 UNIT/0.65 ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION EC	\$0 (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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.

MEDICAMENTOS AUTÓNOMICOS - Medicamentos utilizados para tratar trastornos autoinmunitarios

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>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</i> EC	\$0 (Nivel 1)	B o D
<i>albuterol sulf 2 mg/5 ml syrup; albuterol sulfate 2 mg, 4 mg tab; albuterol sulfate er 4 mg, 8 mg tab</i> EC	\$0 (Nivel 1)	
<i>alfuzosin hcl er 10 mg tablet</i> EC	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
ATROVENT HFA 17 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER EC	\$0 (Nivel 2)	LC (25.8 cada 30 días)
<i>baclofen 10 mg, 20 mg tablet</i> EC	\$0 (Nivel 1)	
<i>bethanechol 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg tablet</i> EC	\$0 (Nivel 1)	
BROVANA 15 MCG/2 ML SOLUTION FOR NEBULIZATION EC	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
<i>carisoprodol 350 mg tablet</i> EC	\$0 (Nivel 1)	
CHANTIX 0.5 MG, 1 MG TABLET EC	\$0 (Nivel 2)	LC (56 cada 28 días)
CHANTIX CONTINUING MONTH BOX 1 MG TABLET EC	\$0 (Nivel 2)	LC (56 cada 28 días)
CHANTIX STARTING MONTH BOX 0.5 MG (11)-1 MG (42) TABLETS IN DOSE PACK EC	\$0 (Nivel 2)	LC (56 cada 28 días)
<i>cyclobenzaprine 10 mg, 5 mg tablet</i> EC	\$0 (Nivel 1)	
<i>dantrolene sodium 100 mg, 25 mg, 50 mg cap</i> EC	\$0 (Nivel 1)	
<i>dicyclomine 10 mg capsule; dicyclomine 10 mg/5 ml soln; dicyclomine 20 mg tablet</i> EC	\$0 (Nivel 1)	
<i>dihydroergotamine 1 mg/ml amp</i> EC	\$0 (Nivel 1)	
<i>donepezil hcl 10 mg tablet</i> EC	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
<i>donepezil hcl 10 mg, 5 mg, 5 mg tablet; donepezil hcl odt 10 mg, 5 mg, 5 mg tablet</i> EC	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
EPINEPHRINE 0.15 MG AUTO-INJCT EC	\$0 (Nivel 1)	
<i>epinephrine 0.3 mg auto-inject</i> EC	\$0 (Nivel 1)	
EPIPEN 0.3 MG/0.3 ML INJECTION, AUTO-INJECTOR EC	\$0 (Nivel 2)	
EPIPEN 2-PAK 0.3 MG/0.3 ML INJECTION, AUTO-INJECTOR EC	\$0 (Nivel 2)	
EPIPEN JR 0.15 MG/0.3 ML INJECTION,AUTO-INJECTOR EC	\$0 (Nivel 2)	
EPIPEN JR 2-PAK 0.15 MG/0.3 ML INJECTION,AUTO-INJECTOR EC	\$0 (Nivel 2)	
ERGOMAR 2 MG SUBLINGUAL TABLET EC	\$0 (Nivel 2)	
EXELON PATCH 13.3 MG/24 HOUR, 4.6 MG/24 HR, 9.5 MG/24 HR TRANSDERMAL EC	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
<i>galantamine 4 mg/ml oral soln</i> EC	\$0 (Nivel 1)	LC (200 cada 30 días)
<i>galantamine er 16 mg, 24 mg, 8 mg capsule</i> EC	\$0 (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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
galantamine hbr 12 mg, 4 mg, 8 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
glycopyrrolate 0.2 mg/ml vial; glycopyrrolate 1 mg, 2 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
guanidine hcl 125 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ipratropium br 0.02% soln ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
iprat-albut 0.5-3(2.5) mg/3 ml ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
metaproterenol 10 mg, 20 mg tablet; metaproterenol 10 mg/5 ml syr ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
metaxalone 400 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
metaxalone 800 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
methocarbamol 500 mg, 750 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
midodrine hcl 10 mg, 2.5 mg, 5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
NICOTROL NS 10 MG/ML NASAL SPRAY ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
NORTHERA 100 MG, 200 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (90 cada 30 días)
NORTHERA 300 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (180 cada 30 días)
orphenadrine er 100 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
PERFORMIST 20 MCG/2 ML SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
pilocarpine hcl 5 mg, 7.5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
propantheline 15 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
pyridostigmine br 60 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
rivastigmine 1.5 mg, 3 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 días)
rivastigmine 4.5 mg, 6 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
SEREVENT DISKUS 50 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
SPIRIVA RESPIMAT 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION SOLUTION FOR INHALATION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (4 cada 28 días)
SPIRIVA WITH HANDIHALER 18 MCG AND INHALATION CAPSULES ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
STIOLTO RESPIMAT 2.5 MCG-2.5 MCG/ACTUATION SOLUTION FOR INHALATION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (4 cada 28 días)
STRIVERDI RESPIMAT 2.5 MCG/ACTUATION SOLUTION FOR INHALATION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (4 cada 30 días)
tamsulosin hcl 0.4 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
terbutaline sulf 1 mg/ml vial; terbutaline sulfate 2.5 mg, 5 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
tizanidine hcl 2 mg, 4 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
VENTOLIN HFA 90 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (36 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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



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}	\$0 (Nivel 2)	
<i>anagrelide hcl 0.5 mg, 1 mg capsule</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
BRILINTA 60 MG, 90 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
<i>cilostazol 100 mg, 50 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>clopidogrel 300 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>clopidogrel 75 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (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}	\$0 (Nivel 2)	
CYKLOKAPRON 1,000 MG/10 ML (100 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
EFFIENT 10 MG, 5 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
ELIQUIS 2.5 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
ELIQUIS 5 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (74 cada 30 días)
<i>enoxaparin 100 mg/ml, 150 mg/ml syringe</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (28 cada 28 días)
<i>enoxaparin 120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml syr</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (22.4 cada 28 días)
<i>enoxaparin 30 mg/0.3 ml, 60 mg/0.6 ml syr</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (16.8 cada 28 días)
<i>enoxaparin 300 mg/3 ml vial</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (84 cada 28 días)
<i>enoxaparin 40 mg/0.4 ml syr</i> ^{EC}	\$0 (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}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (14 cada 30 días)
EPOGEN 20,000 UNIT/2 ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (28 cada 30 días)
<i>fondaparinux 10 mg/0.8 ml syr</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (24 cada 30 días)
<i>fondaparinux 2.5 mg/0.5 ml syr</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (15 cada 30 días)
<i>fondaparinux 5 mg/0.4 ml syr</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (12 cada 30 días)
<i>fondaparinux 7.5 mg/0.6 ml syr</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (18 cada 30 días)
FRAGMIN 10,000 ANTI-XA UNIT/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
FRAGMIN 12,500 ANTI-XA UNIT/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (15 cada 30 días)
FRAGMIN 15,000 ANTI-XA UNIT/0.6 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (18 cada 30 días)
FRAGMIN 18,000 ANTI-XA UNIT/0.72 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	\$0 (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}	\$0 (Nivel 2)	LC (6 cada 30 días)
FRAGMIN 25,000 ANTI-XA UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (22.8 cada 30 días)
FRAGMIN 7,500 ANTI-XA UNIT/0.3 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (9 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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
GRANIX 300 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (7 cada 28 días)
GRANIX 480 MCG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	\$0 (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}	\$0 (Nivel 1)	
heparin 20,000 unit/500 ml-d5w ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
heparin-1/2ns 25,000 units/500 ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
jantoven 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
LEUKINE 250 MCG SOLUTION FOR INJECTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
MOZOBIL 24 MG/1.2 ML (20 MG/ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (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}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (1.2 cada 28 días)
NEUPOGEN 300 MCG/0.5 ML INJECTION SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (7 cada 30 días)
NEUPOGEN 300 MCG/ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (14 cada 30 días)
NEUPOGEN 480 MCG/0.8 ML INJECTION SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (11.2 cada 30 días)
NEUPOGEN 480 MCG/1.6 ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (22.4 cada 30 días)
pentoxifylline er 400 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
prasugrel 10 mg, 5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
PROCRIT 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}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (14 cada 30 días)
PROCRIT 20,000 UNIT/2 ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (28 cada 30 días)
PROMACTA 12.5 MG, 75 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
PROMACTA 25 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
PROMACTA 50 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (90 cada 30 días)
ticlopidine 250 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
tranexamic acid 1,000 mg/10 ml ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	AP
tranexamic acid 650 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 5 días)
warfarin sodium 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
XARELTO 10 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (35 cada 60 días)
XARELTO 15 MG (42)-20 MG (9) TABLETS IN A DOSE PACK ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (51 cada 30 días)
XARELTO 15 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
XARELTO 20 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
ZARXIO 300 MCG/0.5 ML INJECTION SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (7 cada 30 días)
ZARXIO 480 MCG/0.8 ML INJECTION SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (11.2 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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
ZONTIVITY 2.08 MG TABLET ^{EC}	\$0 (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}	\$0 (Nivel 1)	
ADCIRCA 20 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
afeditab cr 30 mg, 60 mg tablet, extended release ^{EC}	\$0 (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}	\$0 (Nivel 1)	
amlodipine besylate 10 mg, 2.5 mg, 5 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
amlodipine-benazepril 10-20 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg; amlodipine-benazepril 2.5-10 ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
amlodipine-benazepril 10-40 mg, 5-40 mg ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
aspirin-dipyridam er 25-200 mg ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	TP
atenolol 100 mg, 25 mg, 50 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
atenolol-chlorthalidone 100-25; atenolol-chlorthalidone 50-25 ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
atorvastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
benazepril hcl 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
benazepril-hctz 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
BIDIL 20 MG-37.5 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (180 cada 30 días)
bisoprolol fumarate 10 mg, 5 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
bisoprolol-hctz 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg tab; bisoprolol-hctz 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg tb ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
candesartan cilexetil 16 mg, 4 mg, 8 mg tab; candesartan cilexetil 16 mg, 4 mg, 8 mg tb ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
candesartan cilexetil 32 mg tb ^{EC}	\$0 (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}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
captopril 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
captopril-hctz 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
cartia xt 120 mg, 180 mg, 240 mg capsule, extended release ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
cartia xt 300 mg capsule, extended release ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
carvedilol 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
cholestyramine packet; cholestyramine powder ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	

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



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
cholestyramine light 4 gram, 4 gram oral powder; cholestyramine light 4 gram, 4 gram powder for susp in a packet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
clonidine 0.1 mg/day patch; clonidine 0.2 mg/day patch; clonidine 0.3 mg/day patch ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (4 cada 28 días)
clonidine hcl 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
clonidine hcl er 0.1 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
clorpres 0.1 mg-15 mg tablet; clorpres 0.2 mg-15 mg tablet; clorpres 0.3 mg-15 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
colestipol hcl granules; colestipol hcl granules packet; colestipol micronized 1 gm tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
CORLANOR 5 MG, 7.5 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
digitek 125 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
digitek 250 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
digox 125 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
digox 250 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
digoxin 0.05 mg/ml solution; digoxin 250 mcg tablet; digoxin 500 mcg/2 ml ampule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
digoxin 125 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
dilt-xr 120 mg, 180 mg, 240 mg capsule, extended release ^{EC}	\$0 (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}	\$0 (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}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
diltiazem 24hr er 300 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg cap ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
dipyridamole 25 mg, 50 mg, 75 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
disopyramide 100 mg, 150 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
dofetilide 125 mcg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (240 cada 30 días)
dofetilide 250 mcg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
dofetilide 500 mcg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
doxazosin mesylate 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
enalapril maleate 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg tab; enalapril maleate 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
enalapril-hctz 10-25 mg, 5-12.5 mg tab; enalapril-hctz 10-25 mg, 5-12.5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ENTRESTO 24 MG-26 MG TABLET; ENTRESTO 49 MG-51 MG TABLET; ENTRESTO 97 MG-103 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
eplerenone 25 mg, 50 mg tablet ^{EC}	\$0 (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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
ezetimibe 10 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
felodipine er 10 mg, 2.5 mg, 5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
fenofibrate 160 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
fenofibrate 54 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
fenofibrate 134 mg, 200 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
fenofibrate 67 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
fenofibrate 145 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
fenofibrate 48 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
fenofibric acid dr 135 mg, 45 mg cap ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
flecainide acetate 100 mg, 150 mg, 50 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
fosinopril sodium 10 mg, 20 mg, 40 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
fosinopril-hctz 10-12.5 mg, 20-12.5 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
gemfibrozil 600 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
guanfacine 1 mg, 2 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
hydralazine 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg tablet; hydralazine 20 mg/ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
irbesartan 150 mg, 300 mg, 75 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
irbesartan-hctz 150-12.5 mg, 300-12.5 mg tb ^{EC}	\$0 (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}	\$0 (Nivel 1)	
isosorbide mn 10 mg, 20 mg tablet; isosorbide mn er 120 mg, 30 mg, 60 mg tab; isosorbide mn er 120 mg, 30 mg, 60 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
isradipine 2.5 mg, 5 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
KYNAMRO 200 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (4 cada 28 días)
labetalol hcl 100 mg, 200 mg, 300 mg tablet; labetalol hcl 100 mg/20 ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
LANOXIN 125 MCG, 187.5 MCG, 62.5 MCG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
LANOXIN 250 MCG TABLET; LANOXIN 250 MCG/ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
LANOXIN PEDIATRIC 100 MCG/ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
lisinopril 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
lisinopril-hctz 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
losartan potassium 100 mg, 25 mg, 50 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
losartan-hctz 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
lovastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
methyldopa 250 mg, 500 mg tablet ^{EC}	\$0 (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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>methyldopa-hctz 250-15 mg, 250-25 mg tab</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>metoprolol succ er 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg tab</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
<i>metoprolol-hctz 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg tab</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>metoprolol tart 5 mg/5 ml vial; metoprolol tartrate 100 mg, 25 mg, 50 mg tab</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>metoprolol tartrate 37.5 mg, 75 mg tab; metoprolol tartrate 37.5 mg, 75 mg tb</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
<i>mexiletine 150 mg, 200 mg, 250 mg capsule</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>minoxidil 10 mg, 2.5 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>moexipril hcl 15 mg, 7.5 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>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</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
MULTAQ 400 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
<i>nadolol 20 mg, 40 mg, 80 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>nadolol-bendroflu 40-5 mg, 80-5 mg tab</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>niacor 500 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>nicardipine 20 mg, 30 mg capsule; nicardipine 25 mg/10 ml ampule</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>nifedical xl 30 mg, 60 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
<i>nifedipine er 30 mg, 30 mg, 60 mg, 60 mg, 90 mg, 90 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
<i>nimodipine 30 mg capsule</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>nitroglycerin 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.6 mg/hr patch</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
<i>nitroglycerin 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg tablet sl; nitroglycerin 5 mg/ml vial; nitroglycerin lingual 0.4 mg</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>nitroglycerin 0.4 mg/hr patch</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
NITROSTAT 0.3 MG, 0.4 MG, 0.6 MG SUBLINGUAL TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
<i>omega-3 ethyl esters 1 gm cap</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
PACERONE 100 MG, 400 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
<i>pacerone 200 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>perindopril erbumine 2 mg, 4 mg, 8 mg tab</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>pindolol 10 mg, 5 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
PRALUENT PEN 150 MG/ML, 75 MG/ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (2 cada 28 días)
PRALUENT 150 MG/ML, 75 MG/ML SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (2 cada 28 días)
<i>pravastatin sodium 10 mg, 20 mg, 80 mg tab</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
<i>pravastatin sodium 40 mg tab</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
<i>prazosin 1 mg, 2 mg, 5 mg capsule</i> ^{EC}	\$0 (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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
prevalite 4 gram, 4 gram oral powder; prevalite 4 gram, 4 gram powder for susp in a packet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
procainamide 100 mg/ml, 500 mg/ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
propafenone hcl 150 mg, 225 mg, 300 mg tab; propafenone hcl 150 mg, 225 mg, 300 mg tablet; propafenone hcl er 225 mg, 325 mg, 425 mg cap ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
propranolol 1 mg/ml, 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 40 mg/5 ml (8 mg/ml) vial; propranolol 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg tablet; propranolol 20 mg/5 ml soln; propranolol 40 mg/5 ml soln; propranolol er 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
propranolol-hctz 40-25 mg, 80-25 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
quinapril 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
quinapril-hctz 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
quinidine gluc 80 mg/ml vial; quinidine gluc er 324 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
quinidine sulfate 200 mg, 300 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ramipril 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
RANEXA 1,000 MG, 500 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	TP,LC (120 cada 30 días)
REPATHA PUSHTRONEX 420 MG/3.5 ML SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (3.5 cada 28 días)
REPATHA SURECLICK 140 MG/ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (3 cada 28 días)
REPATHA SYRINGE 140 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (3 cada 28 días)
reserpine 0.1 mg, 0.25 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
REVATIO 10 MG/ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (180 cada 30 días)
rosuvastatin calcium 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
sildenafil 20 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (90 cada 30 días)
simvastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 80 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
sorine 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
sotalol 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
sotalol af 120 mg, 160 mg, 80 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
spironolactone-hctz 25-25 tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
spironolactone 100 mg, 25 mg, 50 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
taztia xt 120 mg, 180 mg, 240 mg capsule,extended release ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
taztia xt 300 mg, 360 mg capsule,extended release ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
TEKTURNA 150 MG, 300 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
telmisartan 20 mg, 40 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
telmisartan 80 mg tablet ^{EC}	\$0 (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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
telmisartan-amlodipine 40-10; telmisartan-amlodipine 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg; telmisartan-amlodipine 80-10 ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
terazosin 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
TIKOSYN 125 MCG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (240 cada 30 días)
TIKOSYN 250 MCG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (120 cada 30 días)
TIKOSYN 500 MCG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
timolol maleate 10 mg, 20 mg, 5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
trandolapril 1 mg, 2 mg, 4 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
triklo 1 gram capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
valsartan 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg tablet ^{EC}	\$0 (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}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
VASCEPA 0.5 GRAM CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (240 cada 30 días)
VASCEPA 1 GRAM CAPSULE ^{EC}	\$0 (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}	\$0 (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}	\$0 (Nivel 1)	
verapamil er pm 100 mg, 300 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
WELCHOL 3.75 GRAM ORAL POWDER PACKET; WELCHOL 625 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
ZETIA 10 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 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}	\$0 (Nivel 2)	LC (1 cada 28 días)
acamprosate calc dr 333 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
acetamin-codein 300-30 mg/12.5; acetaminop-codeine 120-12 mg/5 ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (2700 cada 30 días)
acetaminophen-cod #2 tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (390 cada 30 días)
acetaminophen-cod #3 tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (360 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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
acetaminophen-cod #4 tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (180 cada 30 días)
alprazolam 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
alprazolam 2 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (150 cada 30 días)
amantadine 100 mg capsule; amantadine 100 mg tablet; amantadine 50 mg/5 ml solution ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
amitriptyline hcl 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
amoxapine 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
APOKYN 10 MG/ML SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 28 días)
APTIOM 200 MG, 400 MG, 800 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
APTIOM 600 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
aripiprazole 1 mg/ml solution ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (750 cada 30 días)
aripiprazole 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
aripiprazole odt 10 mg, 15 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
ARISTADA 1,064 MG/3.9 ML SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (3.9 cada 56 días)
ARISTADA 441 MG/1.6 ML SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (1.6 cada 28 días)
ARISTADA 662 MG/2.4 ML SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (2.4 cada 28 días)
ARISTADA 882 MG/3.2 ML SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (3.2 cada 28 días)
armodafinil 150 mg, 200 mg, 250 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (30 cada 30 días)
armodafinil 50 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (60 cada 30 días)
atomoxetine hcl 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (60 cada 30 días)
atomoxetine hcl 100 mg, 60 mg, 80 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (30 cada 30 días)
AZILECT 0.5 MG, 1 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
BANZEL 200 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (480 cada 30 días)
BANZEL 40 MG/ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (2760 cada 30 días)
BANZEL 400 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (240 cada 30 días)
benztropine 2 mg/2 ml ampule; benztropine mes 0.5 mg, 1 mg, 2 mg tab; benztropine mes 0.5 mg, 1 mg, 2 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
BRINTELLIX 10 MG, 20 MG, 5 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	TP,LC (30 cada 30 días)
BRIVIACT 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
BRIVIACT 10 MG/ML ORAL SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (600 cada 30 días)
BRIVIACT 50 MG/5 ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
bromocriptine 2.5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
buprenorphine 0.3 mg/ml syring ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (240 cada 30 días)
buprenorphine 2 mg, 8 mg tablet sl ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (90 cada 30 días)
buproban 150 mg tablet ^{EC}	\$0 (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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
bupropion hcl 100 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (180 cada 30 días)
bupropion hcl 75 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
bupropion hcl sr 100 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
bupropion hcl sr 150 mg tablet; bupropion hcl xl 150 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 días)
bupropion hcl sr 200 mg tablet; bupropion hcl xl 300 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
bupropion hcl sr 150 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 días)
bupirone hcl 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
butalbital compound with codeine 30 mg-50 mg-325 mg-40 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (360 cada 30 días)
butalb-caff-acetaminoph-codein ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (360 cada 30 días)
butalbital-acetaminophn 50-325 ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (180 cada 30 días)
butalb-acetamin-caff 50-325-40; butalbit-acetaminophen-caff cp ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (180 cada 30 días)
butalb-aspirin-caffe 50-325-40; butalbital-asa-caffeine cap ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (180 cada 30 días)
BUTISOL 30 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
butorphanol 1 mg/ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (960 cada 30 días)
butorphanol 10 mg/ml spray ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (5 cada 28 días)
butorphanol 2 mg/ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (480 cada 30 días)
cabergoline 0.5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (16 cada 28 días)
capacet 50 mg-325 mg-40 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (180 cada 30 días)
CAPITAL WITH CODEINE 120 MG-12 MG/5 ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	\$0 (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}	\$0 (Nivel 1)	
carbidopa-leva 10-100 mg, 10-100 mg, 25-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg, 25-250 mg odt; carbidopa-leva er 25-100 tab; carbidopa-leva er 50-200 tab; carbidopa-levodopa 10-100 tab; carbidopa-levodopa 25-100 tab; carbidopa-levodopa 25-250 tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
CELONTIN 300 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
chlorpromazine 10 mg, 25 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
chlorpromazine 100 mg, 200 mg, 50 mg tablet; chlorpromazine 25 mg/ml amp ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
citalopram hbr 10 mg, 40 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
citalopram hbr 10 mg/5 ml soln ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
citalopram hbr 20 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
clomipramine 25 mg, 50 mg, 75 mg capsule ^{EC}	\$0 (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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
clonazepam 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.5 mg, 1 mg, 1 mg, 2 mg, 2 mg dis tab; clonazepam 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.5 mg, 1 mg, 1 mg, 2 mg, 2 mg dis tablet; clonazepam 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.5 mg, 1 mg, 1 mg, 2 mg, 2 mg odt; clonazepam 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.5 mg, 1 mg, 1 mg, 2 mg, 2 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
clorazepate 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
clozapine 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
clozapine odt 100 mg, 12.5 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	AP
codeine sulfate 15 mg, 30 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (360 cada 30 días)
codeine sulfate 60 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (180 cada 30 días)
CYCLOSET 0.8 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (180 cada 30 días)
desipramine 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
desvenlafaxine suc er 100 mg, 25 mg, 50 mg; desvenlafaxine suc er 100 mg, 25 mg, 50 mg tb ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	TP,LC (30 cada 30 días)
dexmethylphenidate 10 mg, 2.5 mg, 5 mg tab ^{EC}	\$0 (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}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
d-amphetamine er 10 mg capsule; dextroamphetamine 10 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (180 cada 30 días)
d-amphetamine er 15 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
d-amphetamine er 5 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
dextroamphetamine 5 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (150 cada 30 días)
dextroamp-amphet er 10 mg, 15 mg, 5 mg cap ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
dextroamp-amphet er 20 mg, 25 mg, 30 mg cap; dextroamp-amphetamin 30 mg tab ^{EC}	\$0 (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}	\$0 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 días)
DIASTAT 2.5 MG RECTAL KIT ^{EC}	\$0 (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}	\$0 (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}	\$0 (Nivel 1)	
diazepam 10 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
diazepam 2 mg, 5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 días)
diazepam 5 mg/5 ml solution ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (1200 cada 30 días)
diazepam 5 mg/ml oral conc ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (240 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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>diazepam intensol 5 mg/ml oral concentrate</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (240 cada 30 días)
<i>diclofenac pot 50 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>diclofenac sod ec 25 mg, 50 mg, 75 mg tab; diclofenac sod er 100 mg tab</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>diflunisal 500 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
DILANTIN 30 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
DILANTIN EXTENDED 100 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
DILANTIN INFATABS 50 MG CHEWABLE TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
DILANTIN-125 125 MG/5 ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
<i>divalproex dr 125 mg cap sprnk; divalproex sod dr 125 mg, 250 mg, 500 mg tab; divalproex sod er 250 mg, 500 mg tab</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>doxepin 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg capsule; doxepin 10 mg/ml oral conc</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>duloxetine hcl dr 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg cap</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
DURAMORPH (PF) 0.5 MG/ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (7200 cada 30 días)
DURAMORPH (PF) 1 MG/ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	\$0 (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}	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
EMSAM 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
<i>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</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (360 cada 30 días)
<i>entacapone 200 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (300 cada 30 días)
<i>epitol 200 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
EQUETRO 100 MG, 200 MG, 300 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
<i>escitalopram 10 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (45 cada 30 días)
<i>escitalopram 20 mg, 5 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
<i>escitalopram oxalate 5 mg/5 ml</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (600 cada 30 días)
<i>eszopiclone 1 mg, 2 mg, 3 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
<i>ethosuximide 250 mg capsule; ethosuximide 250 mg/5 ml soln</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>etodolac 200 mg, 300 mg capsule; etodolac 400 mg, 500 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
FANAPT 1 MG, 10 MG, 12 MG, 1MG(2)-2MG(2)- 4MG(2)-6MG(2), 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG TABLET; FANAPT 1MG(2)-2 MG(2)-4MG(2)-6 MG(2) TABLETS IN A DOSE PACK ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>felbamate 400 mg, 600 mg tablet; felbamate 600 mg/5 ml susp</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>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</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (20 cada 30 días)
<i>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</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (120 cada 30 días)
<i>fentanyl 100 mcg/2 ml ampul; fentanyl 100 mcg/2 ml syringe</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (720 cada 30 días)
FETZIMA 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
FETZIMA 20 MG (2)-40 MG (26) CAPSULE, EXTENDED RELEASE, 24 HR, DOSE PACK ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (28 cada 28 días)
<i>fluoxetine 20 mg/5 ml solution; fluoxetine hcl 10 mg, 20 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>fluoxetine dr 90 mg capsule</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (4 cada 28 días)
<i>fluoxetine hcl 10 mg, 40 mg capsule</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
<i>fluoxetine hcl 20 mg capsule</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
<i>fluoxetine hcl 60 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
<i>fluphenazine dec 125 mg/5 ml</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>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</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>flurbiprofen 100 mg, 50 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>flvoxamine er 100 mg, 150 mg capsule</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
<i>flvoxamine maleate 100 mg, 25 mg, 50 mg tab</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 días)
<i>fosphenytoin 100 mg pe/2 ml, 500 mg pe/10 ml; fosphenytoin 100 mg pe/2 ml, 500 mg pe/10 ml vl</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
FYCOMPA 0.5 MG/ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (680 cada 28 días)
FYCOMPA 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
<i>gabapentin 100 mg, 300 mg, 400 mg capsule</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (270 cada 30 días)
<i>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</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>gabapentin 600 mg, 800 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (180 cada 30 días)
GEODON 20 MG/ML (FINAL CONCENTRATION) INTRAMUSCULAR SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
<i>haloperidol 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>haloperidol dec 100 mg/ml, 50 mg/ml vial; haloperidol decan 100 mg/ml, 50 mg/ml amp</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>haloperidol lac 2 mg/ml conc; haloperidol lac 5 mg/ml vial</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
HETLIOZ 20 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
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}	\$0 (Nivel 1)	LC (360 cada 30 días)
hydrocodone-acetamin 10-325/15; hydrocodone-acetamin 5-163/7.5 ^{EC}	\$0 (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}	\$0 (Nivel 1)	LC (150 cada 30 días)
hydromorphone 2 mg, 4 mg tablet; hydromorphone 2 mg/ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (360 cada 30 días)
hydromorphone 8 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (240 cada 30 días)
hydromorphone hcl 1 mg/ml amp ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (720 cada 30 días)
hydromorphone hcl 4 mg/ml amp ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (180 cada 30 días)
hydromorphone hcl 10 mg/ml vl ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (144 cada 30 días)
hydroxyzine 10 mg/5 ml soln; hydroxyzine hcl 10 mg, 25 mg, 50 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
hydroxyzine pam 100 mg, 25 mg, 50 mg cap ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ibuprofen 100 mg/5 ml susp; ibuprofen 400 mg, 600 mg, 800 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
oxycodone-ibuprofen 5-400 tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (240 cada 30 días)
imipramine hcl 10 mg, 25 mg, 50 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
imipramine pamoate 100 mg, 125 mg, 150 mg, 75 mg cap ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
indomethacin 25 mg, 50 mg, 75 mg capsule; indomethacin er 25 mg, 50 mg, 75 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
INFUMORPH P/F 10 MG/ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (360 cada 30 días)
INFUMORPH P/F 25 MG/ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (150 cada 30 días)
INGREZZA 40 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
INGREZZA 80 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (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}	\$0 (Nivel 2)	LC (1.5 cada 28 días)
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (1 cada 28 días)
INVEGA TRINZA 273 MG/0.875 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (0.87 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 410 MG/1.315 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (1.31 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (1.75 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 819 MG/2.625 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (2.62 cada 90 días)
ketoprofen 50 mg, 75 mg capsule ^{EC}	\$0 (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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
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}	\$0 (Nivel 1)	
LATUDA 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
LATUDA 80 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
LAZANDA 100 MCG/SPRAY, 300 MCG/SPRAY, 400 MCG/SPRAY NASAL SPRAY ^{EC}	\$0 (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}	\$0 (Nivel 1)	
levetiracetam-nacl 1,000mg/100; levetiracetam-nacl 1,500mg/100; levetiracetam-nacl 500 mg/100 ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
levorphanol 2 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (240 cada 30 días)
lithium carbonate 150 mg, 300 mg, 600 mg cap; lithium carbonate 300 mg tab; lithium carbonate er 300 mg, 450 mg tb ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
lithium 8 meq/5 ml solution ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
lorazepam 0.5 mg, 1 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 días)
lorazepam 2 mg tablet; lorazepam 2 mg/ml oral concent ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (150 cada 30 días)
lorazepam intensol 2 mg/ml oral concentrate ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (150 cada 30 días)
loxapine 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
LYRICA 100 MG, 150 MG, 200 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (90 cada 30 días)
LYRICA 20 MG/ML ORAL SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (900 cada 30 días)
LYRICA 225 MG, 300 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
magnesium sulfate 50% syringe; magnesium sulfate 50% vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
magnesium sulf 1 g/100 ml-d5w ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
magnesium sulf 20 g/500 ml bag; magnesium sulf 4 g/50 ml bag ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
maprotiline 25 mg, 50 mg, 75 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
MARPLAN 10 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
meclofenamate 100 mg, 50 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
meloxicam 15 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
meloxicam 7.5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
meloxicam 7.5 mg/5 ml susp ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (300 cada 30 días)
memantine 5-10 mg titration pk ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (98 cada 30 días)
memantine hcl 10 mg, 5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (60 cada 30 días)
memantine hcl 2 mg/ml solution ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (360 cada 30 días)
meperidine 100 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (360 cada 30 días)
meperidine 50 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (480 cada 30 días)
meperidine 50 mg/5 ml solution ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (720 cada 30 días)
methadone 10 mg/5 ml solution ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (1800 cada 30 días)
methadone 10 mg/ml oral conc; methadone hcl 10 mg/ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (360 cada 30 días)
methadone 5 mg/5 ml solution ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (3600 cada 30 días)
methadone hcl 10 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (240 cada 30 días)
methadone hcl 5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (480 cada 30 días)
METHADOSE 10 MG/ML ORAL CONCENTRATE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (360 cada 30 días)
methylphenidate 10 mg, 20 mg, 5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 días)
methylphenidate 10 mg/5 ml sol ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (900 cada 30 días)
methylphenidate 5 mg/5 ml soln ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (1800 cada 30 días)
methylphenidate er 10 mg tab ^{EC}	\$0 (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}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
mirtazapine 7.5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
modafinil 100 mg, 200 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (60 cada 30 días)
molindone hcl 10 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (240 cada 30 días)
molindone hcl 25 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (270 cada 30 días)
molindone hcl 5 mg tablet ^{EC}	\$0 (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}	\$0 (Nivel 1)	LC (360 cada 30 días)
morphine 2 mg/ml carpject; morphine 2 mg/ml isecure syr ^{EC}	\$0 (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}	\$0 (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}	\$0 (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}	\$0 (Nivel 1)	LC (180 cada 30 días)
morphine sulf 10 mg/5 ml soln ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (2700 cada 30 días)
morphine sulf 20 mg/5 ml soln ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (1350 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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>morphine sulf er 15 mg, 30 mg, 60 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
<i>morphine sulf er 200 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 días)
<i>morphine 0.5 mg/ml vial</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (7200 cada 30 días)
<i>morphine 1 mg/ml vial p-f</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (3600 cada 30 días)
<i>morphine sulf 100 mg/5 ml soln</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (540 cada 30 días)
<i>nabumetone 500 mg, 750 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>nalbuphine 100 mg/10 ml vial</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (240 cada 30 días)
<i>nalbuphine 200 mg/10 ml vial</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
<i>naloxone 0.4 mg/ml vial; naloxone 0.4 mg/ml, 1 mg/ml carpject; naloxone 2 mg/2 ml syringe</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>naltrexone 50 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
NAMENDA XR 14 MG, 21 MG, 28 MG, 7 MG CAPSULE SPRINKLE,EXTENDED RELEASE ^{EC}	\$0 (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}	\$0 (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}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
NAMZARIC 7/14/21/28 MG-10 MG CAPSULE,SPRINKLE,ER 24HR,DOSE PACK ^{EC}	\$0 (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}	\$0 (Nivel 1)	
<i>naproxen sodium 275 mg, 550 mg tab</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>naratriptan hcl 1 mg, 2.5 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (9 cada 30 días)
NARCAN 2 MG NASAL SPRAY; NARCAN 2 MG/ACTUATION, 4 MG/ACTUATION NASAL SPRAY ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (2 cada 30 días)
<i>nefazodone hcl 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
NEUPRO 1 MG/24 HOUR, 2 MG/24 HOUR, 3 MG/24 HOUR, 4 MG/24 HOUR, 6 MG/24 HOUR, 8 MG/24 HOUR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
<i>nortriptyline 10 mg/5 ml sol; nortriptyline hcl 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg cap</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
NUEDEXTA 20 MG-10 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
NUPLAZID 17 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
<i>olanzapine 10 mg vial</i> ^{EC}	\$0 (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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
olanzapine 10 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 5 mg, 7.5 mg tablet; olanzapine odt 10 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 5 mg, 7.5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
olanzapine 15 mg, 15 mg, 20 mg, 20 mg tablet; olanzapine odt 15 mg, 15 mg, 20 mg, 20 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
ONFI 10 MG, 20 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
ONFI 2.5 MG/ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (480 cada 30 días)
oxaprozin 600 mg caplet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
oxazepam 10 mg, 15 mg, 30 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
oxcarbazepine 150 mg, 300 mg, 600 mg tablet; oxcarbazepine 300 mg/5 ml susp ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
oxycodon 10 mg/0.5 ml oral syr; oxycodone hcl 100 mg/5 ml soln ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (270 cada 30 días)
oxycodone hcl 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg tablet; oxycodone hcl 5 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (360 cada 30 días)
oxycodone hcl 5 mg/5 ml soln ^{EC}	\$0 (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}	\$0 (Nivel 1)	LC (360 cada 30 días)
oxycodone-aspirin 4.8355-325 ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (360 cada 30 días)
paliperidone er 1.5 mg, 3 mg, 9 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (30 cada 30 días)
paliperidone er 6 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (60 cada 30 días)
paroxetine hcl 10 mg, 20 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
paroxetine hcl 30 mg, 40 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
PAXIL 10 MG/5 ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
PEGANONE 250 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
pentazocine-naloxone tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (360 cada 30 días)
perphenazine 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
perphen-amitrip 2 mg-10 mg tab; perphen-amitrip 2 mg-25 mg tab; perphen-amitrip 4 mg-10 mg tab; perphen-amitrip 4 mg-25 mg tab; perphen-amitrip 4 mg-50 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
phenelzine sulfate 15 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
phenobarbital 100 mg, 16.2 mg, 32.4 mg, 64.8 mg, 97.2 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 días)
phenobarbital 15 mg, 60 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
phenobarbital 20 mg/5 ml elix ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (1500 cada 30 días)
phenobarbital 30 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (300 cada 30 días)
PHENYTEK 200 MG, 300 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
phenytoin 100 mg/4 ml, 125 mg/5 ml susp; phenytoin 50 mg tablet chew ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
phenytoin 50 mg/ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	

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



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>phenytoin sod ext 100 mg, 200 mg, 300 mg cap</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>pimozide 1 mg, 2 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>piroxicam 10 mg, 20 mg capsule</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
POTIGA 200 MG, 300 MG, 400 MG, 50 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
<i>pramipexole 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>primidone 250 mg, 50 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
PRISTIQ 100 MG, 25 MG, 50 MG TABLET, EXTENDED RELEASE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	TP, LC (30 cada 30 días)
<i>protriptyline hcl 10 mg, 5 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>quetiapine fumarate 100 mg, 300 mg, 400 mg tab</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 días)
<i>quetiapine fumarate 200 mg, 25 mg, 50 mg tab</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
<i>rasagiline mesylate 0.5 mg, 1 mg tab</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
REXULTI 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP, LC (30 cada 30 días)
<i>riluzole 50 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
RISPERDAL CONSTA 12.5 MG/2 ML, 25 MG/2 ML, 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (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}	\$0 (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}	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
<i>risperidone 1 mg/ml solution</i> ^{EC}	\$0 (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}	\$0 (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}	\$0 (Nivel 1)	
<i>roovepra 1,000 mg, 500 mg, 750 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
SABRIL 500 MG ORAL POWDER PACKET; SABRIL 500 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP, LC (180 cada 30 días)
SAPHRIS (BLACK CHERRY) 10 MG, 2.5 MG, 5 MG SUBLINGUAL TABLET ^{EC}	\$0 (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}	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
<i>selegiline hcl 5 mg capsule; selegiline hcl 5 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>sertraline 20 mg/ml oral conc</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>sertraline hcl 100 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
<i>sertraline hcl 25 mg, 50 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 días)
SPRITAM 1,000 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	TP, LC (90 cada 30 días)
SPRITAM 250 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	TP, LC (360 cada 30 días)
SPRITAM 500 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	TP, LC (180 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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
SPRITAM 750 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	TP,LC (120 cada 30 días)
STRATTERA 10 MG, 18 MG, 25 MG, 40 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
STRATTERA 100 MG, 60 MG, 80 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
SUBOXONE 12 MG-3 MG SUBLINGUAL FILM ^{EC}	\$0 (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}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (90 cada 30 días)
sulindac 150 mg, 200 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
sumatriptan 20 mg nasal spray; sumatriptan 5 mg nasal spray ^{EC}	\$0 (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}	\$0 (Nivel 1)	LC (6 cada 30 días)
sumatriptan succ 100 mg, 25 mg, 50 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (9 cada 30 días)
SURMONTIL 100 MG, 25 MG, 50 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
temazepam 15 mg, 30 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
tetrabenazine 12.5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (240 cada 30 días)
tetrabenazine 25 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (120 cada 30 días)
thioridazine 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
thiothixene 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
tiagabine hcl 2 mg, 4 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
tolcapone 100 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	AP
topiramate 100 mg, 200 mg, 50 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
topiramate 15 mg, 25 mg sprinkle cap ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
topiramate 25 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 días)
tramadol hcl 50 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (240 cada 30 días)
tramadol-acetaminophn 37.5-325 ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (240 cada 30 días)
tranylcypromine sulf 10 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
trazodone 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
trifluoperazine 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
trihexyphenidyl 2 mg, 5 mg tablet; trihexyphenidyl 2 mg/5 ml elx ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
trimipramine maleate 100 mg, 25 mg, 50 mg cap; trimipramine maleate 100 mg, 25 mg, 50 mg cp ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
TRINTELLIX 10 MG, 20 MG, 5 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	TP,LC (30 cada 30 días)
valproate sod 500 mg/5 ml vl ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
valproic acid 250 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
valproic acid 250 mg/5 ml soln; valproic acid 250 mg/5 ml, 250 mg/5 ml (5 ml), 500 mg/10 ml (10 ml) soln; valproic acid 500 mg/10 ml sol ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	

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



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>venlafaxine hcl 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>venlafaxine hcl er 150 mg cap</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
<i>venlafaxine hcl er 37.5 mg cap</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
<i>venlafaxine hcl er 75 mg cap</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 días)
VERSACLOZ 50 MG/ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (540 cada 30 días)
<i>vigabatrin 500 mg powder packt</i> ^{EC}	\$0 (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}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
VIMPAT 10 MG/ML ORAL SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (1395 cada 30 días)
VIMPAT 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG TABLET; VIMPAT 200 MG/20 ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
VOLTAREN 1 % TOPICAL GEL ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
VRAYLAR 1.5 MG (1)-3 MG (6) CAPSULES IN A DOSE PACK ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
VRAYLAR 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
XTAMPZA ER 13.5 MG, 18 MG, 27 MG, 36 MG, 9 MG CAPSULE SPRINKLE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
XYREM 500 MG/ML ORAL SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (540 cada 30 días)
<i>zaleplon 10 mg, 5 mg capsule</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
<i>ziprasidone hcl 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg capsule</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
<i>zolpidem tartrate 10 mg, 5 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
<i>zonisamide 100 mg, 25 mg, 50 mg capsule</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ZYPREXA RELPREVV 210 MG INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (4 cada 28 días)
ZYPREXA RELPREVV 300 MG INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (2 cada 28 días)
ZYPREXA RELPREVV 405 MG INTRAMUSCULAR SUSPENSION ^{EC}	\$0 (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}	\$0 (Nivel 1)	
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ADVOCATE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 33 GAUGE X 5/32" ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
ADVOCATE SYRINGES 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16, 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16; ADVOCATE SYRINGES 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16, 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16" EC	\$0 (Nivel 1)	
ASSURE ID INSULIN SAFETY 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE EC	\$0 (Nivel 1)	
AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN EC	\$0 (Nivel 1)	
AUTOPEN 1 TO 16 UNITS EC	\$0 (Nivel 1)	
AUTOPEN 1 TO 21 UNITS SUBCUTANEOUS EC	\$0 (Nivel 1)	
AUTOPEN 2 TO 32 UNITS EC	\$0 (Nivel 1)	
AUTOPEN 2 TO 42 UNITS SUBCUTANEOUS EC	\$0 (Nivel 1)	
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" EC	\$0 (Nivel 1)	
BD AUTOSHIELD NEEDLE 5MMX29G; BD AUTOSHIELD NEEDLE 8MMX29G EC	\$0 (Nivel 1)	
BD ECLIPSE LUER-LOK 1 ML 30 GAUGE X 1/2" SYRINGE EC	\$0 (Nivel 1)	
BD INSULIN PEN NEEDLE UF MINI 31 GAUGE X 3/16" EC	\$0 (Nivel 1)	
BD INSULIN PEN NEEDLE UF ORIGINAL 29 GAUGE X 1/2" EC	\$0 (Nivel 1)	
BD INSULIN PEN NEEDLE UF SHORT 31 GAUGE X 5/16" EC	\$0 (Nivel 1)	
BD INSULIN SYRINGE 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 25 X 1", 1 ML 26 X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2" EC	\$0 (Nivel 1)	
BD INSULIN SYRINGE HALF UNIT 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" EC	\$0 (Nivel 1)	
BD INSULIN 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	\$0 (Nivel 1)	
BD INSULIN SYRINGE SAFETY-LOK 1 ML 29 GAUGE X 1/2" EC	\$0 (Nivel 1)	
BD INSULIN SYRINGE SLIP TIP 1 ML EC	\$0 (Nivel 1)	
BD INSULIN SYRINGE U-500 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" EC	\$0 (Nivel 1)	
BD INSULIN SYRINGE ULT-FINE II 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16" EC	\$0 (Nivel 1)	

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



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
BD INSULIN SYR 1 ML 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	\$0 (Nivel 1)	
BD INTEGRA SYR 1 ML 29GX1/2" EC	\$0 (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	\$0 (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	\$0 (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	\$0 (Nivel 1)	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 5/8" EC	\$0 (Nivel 1)	
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" EC	\$0 (Nivel 1)	
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLES 32 GAUGE X 5/32" EC	\$0 (Nivel 1)	
CAREFINE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" EC	\$0 (Nivel 1)	
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	\$0 (Nivel 1)	
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	\$0 (Nivel 1)	
CLICKFINE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE EC	\$0 (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	\$0 (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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
COMFORT EZ SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16, 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16; COMFORT EZ SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16, 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16" EC	\$0 (Nivel 1)	
DROPLET PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 29 GAUGE X 3/8", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" EC	\$0 (Nivel 1)	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 30 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16; EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 30 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16" EC	\$0 (Nivel 1)	
EASY COMFORT PEN NEEDLES 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" EC	\$0 (Nivel 1)	
EASY TOUCH 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE EC	\$0 (Nivel 1)	
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE; EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" EC	\$0 (Nivel 1)	
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2" EC	\$0 (Nivel 1)	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16, 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16; EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16, 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16" EC	\$0 (Nivel 1)	

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



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN 1 ML SYRINGE EC	\$0 (Nivel 1)	
EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE; EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" EC	\$0 (Nivel 1)	
EASY TOUCH UNI-SLIP 1 ML SYRINGE EC	\$0 (Nivel 1)	
EXEL INSULIN 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 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	\$0 (Nivel 1)	
FREESTYLE PRECISION 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16" SYRINGE EC	\$0 (Nivel 1)	
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE EC	\$0 (Nivel 1)	
INCONTROL PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" EC	\$0 (Nivel 1)	
INSULIN SYR 0.3ML 31GX1/4(1/2) EC	\$0 (Nivel 1)	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16; PV INSULIN SYRINGE 0.5 ML; PV INSULIN SYRINGE 1 ML EC	\$0 (Nivel 1)	
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	\$0 (Nivel 1)	
BD LUER-LOK SYRINGE 1 ML EC	\$0 (Nivel 1)	
BD INSULIN SYR 0.5 ML 29GX1/2" EC	\$0 (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	\$0 (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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
INSULIN SYRINGE U100 1 ML EC	\$0 (Nivel 1)	
INSUPEN 29 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 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	\$0 (Nivel 1)	
LITE TOUCH INSULIN PEN NEEDLES 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" EC	\$0 (Nivel 1)	
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16, 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 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	\$0 (Nivel 1)	
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRINGE 0.3 ML 29 X 1/2", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16" EC	\$0 (Nivel 1)	
MAGELLAN SYRINGE 0.3 ML 30 X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" EC	\$0 (Nivel 1)	
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" EC	\$0 (Nivel 1)	
MINI ULTRA-THIN II 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE EC	\$0 (Nivel 1)	
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16, 29 GAUGE X 1/2"; MONOJECT INSULIN SAFETY SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16, 29 GAUGE X 1/2" EC	\$0 (Nivel 1)	
MONOJECT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16, 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16; MONOJECT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16, 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16"; MONOJECT INSULIN SYRINGE 1 ML EC	\$0 (Nivel 1)	
MONOJECT SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE EC	\$0 (Nivel 1)	
MONOJECT ULTRA COMFORT INSULIN 1/2 ML 28 GAUGE SYRINGE EC	\$0 (Nivel 1)	

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



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

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



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

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



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
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	\$0 (Nivel 1)	
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	\$0 (Nivel 1)	
ULTICARE INSULIN SYRINGE HALF UNIT 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" EC	\$0 (Nivel 1)	
ULTICARE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4", 1 ML 31 GAUGE X 1/4", 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" EC	\$0 (Nivel 1)	
ULTICARE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" EC	\$0 (Nivel 1)	
ULTILET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE, 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16, 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16; ULTILET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE, 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16, 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16, 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16, 1 ML 29 GAUGE, 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 30 GAUGE X 5/16"; ULTILET INSULIN SYRINGE 1/2 ML 29 EC	\$0 (Nivel 1)	
ULTILET PEN NEEDLE 29 GAUGE, 32 GAUGE X 5/32" EC	\$0 (Nivel 1)	
ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE HALF UNIT 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" EC	\$0 (Nivel 1)	

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



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

AGENTES DE DIAGNÓSTICO

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
ACTHAR H.P. 80 UNIT/ML INJECTION GEL EC	\$0 (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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](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}	\$0 (Nivel 1)	
<i>amiloride hcl-hctz 5-50 mg tab</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
AMINOSYN 10 % INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
AMINOSYN 8.5 % INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
AMINOSYN 8.5 % WITH ELECTROLYTES INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
AMINOSYN II 10 % INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
AMINOSYN II 15 % INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
AMINOSYN II 7 % INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
AMINOSYN II 8.5 % INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
AMINOSYN II 8.5 % WITH ELECTROLYTES INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
AMINOSYN M 3.5 % INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
AMINOSYN-HBC 7% INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
AMINOSYN-PF 10 % INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
AMINOSYN-PF 7 % (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
<i>bumetanide 0.25 mg/ml vial; bumetanide 0.5 mg, 1 mg, 2 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>calcium acetate 667 mg gelcap; calcium acetate 667 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
CARBAGLU 200 MG DISPERSIBLE TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
<i>chlorothiazide 250 mg, 500 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>chlorothiazide sod 500 mg vial</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>chlorthalidone 25 mg, 50 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
CLINIMIX 5 % IN 15 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
CLINIMIX 5 % IN 25 % DEXTROSE SULFITE-FREE INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
CLINIMIX 2.75 % IN 5 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
CLINIMIX 4.25 % IN 20 % DEXTROSE (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
CLINIMIX 4.25 % IN 25 % DEXTROSE (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
CLINIMIX 4.25 % IN 10 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
CLINIMIX 4.25 % IN 5 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D

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



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

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



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>indapamide 1.25 mg, 2.5 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
INTRALIPID 20 %, 30 % INTRAVENOUS EMULSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
IONOSOL-B IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
IONOSOL-MB IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
ISOLYTE-S INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
KABIVEN 3.31 %-9.8 %-3.9 % INTRAVENOUS EMULSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
<i>kionex oral powder</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>kionex (with sorbitol) 15 gram-19.3 gram/60 ml oral suspension</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
KLOR-CON 10 MEQ TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
KLOR-CON 8 MEQ TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
<i>klor-con m10 meq tablet,extended release</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
KLOR-CON M15 MEQ TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>klor-con m20 meq tablet,extended release</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>klor-con sprinkle 10 meq, 8 meq capsule,extended release</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>lactated ringers injection; lactated ringers irrigation</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>lactulose 10 gm/15 ml solution; lactulose 20 gm/30 ml solution</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
LITHOSTAT 250 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
<i>methyclothiazide 5 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>metolazone 10 mg, 2.5 mg, 5 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
NEPHRAMINE 5.4 % INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
NORMOSOL-R INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
NORMOSOL-R IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
NORMOSOL-R PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
NUTRILIPID 20 % INTRAVENOUS EMULSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
PERIKABIVEN 2.36 %-6.8 %-3.5 % INTRAVENOUS EMULSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
PHOSLYRA 667 MG (169 MG CALCIUM)/5 ML ORAL SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
PHYSIOLYTE 140 MEQ-5 MEQ-3 MEQ-98 MEQ/L IRRIGATION SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
PHYSIOSOL IRRIGATION 140 MEQ-5 MEQ-3 MEQ-98 MEQ/L SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
PLASMA-LYTE 148 INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
PLASMA-LYTE-56 IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	

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



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
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}	\$0 (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}	\$0 (Nivel 1)	
kcl 20 meq-ns 1,000 ml iv soln; kcl 40 meq-ns 1,000 ml iv soln ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
d5w-kcl 20 meq/l, 30 meq/l, 40 meq/l iv solution; kcl 20 meq in d5w solution; kcl 40 meq in d5w solution ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
kcl 20 meq in d5w-lact ringer; kcl 40 meq in d5w-lact ringer ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
potassium cl 20 meq-0.45% nacl ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
d5%-1/4ns-kcl 20 meq/l, 40 meq/l iv sol; kcl 20 meq in d5w-0.225% nacl ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
kcl 20 meq in d5w-0.3% nacl ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
kcl 20 meq in d5w-ns; kcl 40 meq in d5w-nacl 0.9% ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
potassium citrate er 10 meq (1,080 mg), 15 meq, 5 meq (540 mg) tb; potassium citrate er 10 meq tb; potassium citrate er 5 meq tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
PREMASOL 10 % INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	BoD
PREMASOL 6 % INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	BoD
probenecid 500 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
probenecid-colchicine tabs ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
PROCALAMINE 3% INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	BoD
REVELA 0.8 GRAM ORAL POWDER PACKET; REVELA 800 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (540 cada 30 días)
REVELA 2.4 GRAM ORAL POWDER PACKET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (180 cada 30 días)
ringer's iv solution; ringers irrigation solution ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
SAMSCA 15 MG, 30 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
SMOFLIPID 20 % INTRAVENOUS EMULSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	BoD
sodium bicarb 7.5% abboject; sodium bicarb 8.4% abboject ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
sodium chloride 0.9% irrig.; sodium chloride 100 meq/40 ml ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
saline 0.45% soln-excel con; sodium chloride 0.45% soln ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
sodium chloride 0.9% solution; sodium chloride 0.9% solution; sodium chloride 0.9% vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
sodium chloride 3% iv soln ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
sodium chloride 5% iv soln ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
SODIUM EDECRIN 50 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
sodium lactate 5 meq/ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	

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



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>sodium phenylbutyrate powder</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>sodium polystyrene sulfonate (sorbitol free) 15 gram/60 ml oral susp</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>sps 15 gm/60 ml suspension</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
SPS (WITH SORBITOL) 15 GRAM-20 GRAM/60 ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>torseamide 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
TPN ELECTROLYTES 35 MEQ-20 MEQ-5 MEQ/20 ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
TRAVASOL 10 % INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
<i>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</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
TROPHAMINE 10 % INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
TROPHAMINE 6% INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
VELTASSA 16.8 GRAM, 25.2 GRAM, 8.4 GRAM ORAL POWDER PACKET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
<i>sterile water for irrigation</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	

ENZIMAS - Medicamentos utilizados para tratar enfermedades genéticas

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
ADAGEN 250 UNIT/ML INTRAMUSCULAR SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
CEREZYME 400 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
ELELYSO 200 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (70 cada 30 días)
ELITEK 1.5 MG, 7.5 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
FABRAZYME 35 MG, 5 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
LUMIZYME 50 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
NAGLAZYME 5 MG/5 ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
STRENSIQ 100 MG/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (38.4 cada 30 días)
STRENSIQ 40 MG/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
SUCRAID 8,500 UNIT/ML ORAL SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
VPRIV 400 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 12. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
acetazol hc ear drops ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
acetazolamide 125 mg, 250 mg tablet; acetazolamide er 500 mg cap ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
acetazolamide sod 500 mg vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
acetic acid 2% ear solution ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ak-poly-bac eye ointment ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
apraclonidine hcl 0.5% drops ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
atropine 1% eye drops ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
AZASITE 1 % EYE DROPS ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
azelastine 0.1% (137 mcg) spry ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 25 días)
azelastine hcl 0.05% drops ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
AZOPT 1 % EYE DROPS,SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
bacitracin 500 unit/gm ophth ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
bacitracin-polymyxin eye oint ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
BESIVANCE 0.6 % EYE DROPS,SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
betaxolol hcl 0.5% eye drop ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
brimonidine 0.2% eye drop; brimonidine tartrate 0.15% drp ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
carteolol hcl 1% eye drops ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
chlorhexidine 0.12% rinse ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ciprofloxacin 0.3% eye drop ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
COMBIGAN 0.2 %-0.5 % EYE DROPS ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
CYSTARAN 0.44 % EYE DROPS ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 28 días)
dexamethasone 0.1% eye drop ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
diclofenac 0.1% eye drops ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
dorzolamide hcl 2% eye drops ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (10 cada 30 días)
dorzolamide-timolol eye drops ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (10 cada 30 días)
doxycycline hyclate 20 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
DUREZOL 0.05 % EYE DROPS ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
epinastine hcl 0.05% eye drops ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
erythromycin 0.5% eye ointment ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
flunisolide 0.025% spray ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (50 cada 30 días)
fluorometholone 0.1% drops ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
flurbiprofen 0.03% eye drop ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
fluticasone prop 50 mcg spray ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (16 cada 30 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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
gatifloxacin 0.5% eye drops ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (2.5 cada 25 días)
gentak 0.3 % (3 mg/gram) eye ointment ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
gentamicin 0.3% eye drops; gentamicin 0.3% eye ointment ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
hydrocortison-acetic acid soln ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ILEVRO 0.3 % EYE DROPS,SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
ipratropium 0.03% spray ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
ipratropium 0.06% spray ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (45 cada 30 días)
ISOPTO CARPINE 1 %, 2 %, 4 % EYE DROPS ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
ketorolac 0.4% ophth solution; ketorolac 0.5% ophth solution ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
latanoprost 0.005% eye drops ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (5 cada 25 días)
levobunolol 0.5% eye drops ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
levofloxacin 0.5% eye drops ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
lidocaine 2% viscous soln; lidocaine hcl 2% jelly; lidocaine hcl 2% jelly; lidocaine hcl 4% solution ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
lidocaine viscous 2 % mucosal solution ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
LUMIGAN 0.01 % EYE DROPS ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (2.5 cada 25 días)
methazolamide 25 mg, 50 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
metipranolol 0.3% eye drops ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
moxifloxacin 0.5% eye drops ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
naphazoline 0.1% eye drops ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
neo-polycin 3.5 mg-400 unit-10,000 unit/g eye ointment ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
neo-polycin hc 3.5 mg-400-10,000 unit/g-1 % eye ointment ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
neo-bacit-poly-hc eye ointment ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
neomyc-bacit-polymix eye oint ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
neomyc-polym-dexamet eye ointm; neomyc-polym-dexameth eye drop ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
neomyc-polym-gramicid eye drop ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
neomycin-poly-hc eye drops; neomycin-polymyxin-hc ear soln; neomycin-polymyxin-hc ear susp ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
neosporin eye drops ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ofloxacin 0.3% ear drops; ofloxacin 0.3% eye drops ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
paroex oral rinse 0.12 % mouthwash ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
PATADAY 0.2 % EYE DROPS ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
PAZEO 0.7 % EYE DROPS ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (2.5 cada 25 días)
perigard 0.12 % mouthwash ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
PHOSPHOLINE IODIDE 0.125 % EYE DROPS ^{EC}	\$0 (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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>pilocarpine 1% eye drops; pilocarpine 2% eye drops; pilocarpine 4% eye drops</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>polycin 500 unit-10,000 unit/gram eye ointment</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>polymyxin b-tmp eye drops</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>PRED-G 0.3 %-1 % EYE DROPS,SUSPENSION</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
<i>PRED-G S.O.P. 0.3 %-0.6 % EYE OINTMENT</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
<i>prednisolone ac 1% eye drop</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>prednisolone sod 1% eye drop</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>proparacaine 0.5% eye drops</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>RESTASIS 0.05 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
<i>RESTASIS MULTIDOSE 0.05 % EYE DROPS</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (5.5 cada 25 días)
<i>sulfacetamide 10% eye drops; sulfacetamide 10% eye ointment</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>sulf-pred 10-0.23% eye drops</i> ^{EC}	\$0 (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}	\$0 (Nivel 1)	
<i>tobramycin 0.3% eye drops</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>tobramycin-dexameth ophth susp</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>TOBEX 0.3 % EYE OINTMENT</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
<i>TRAVATAN Z 0.004 % EYE DROPS</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (2.5 cada 25 días)
<i>trifluridine 1% eye drops</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>tropicamide 0.5% eye drops; tropicamide 1% eye drops</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>VIGAMOX 0.5 % EYE DROPS</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
<i>ZIRGAN 0.15 % EYE GEL</i> ^{EC}	\$0 (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
<i>alosetron hcl 0.5 mg, 1 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
<i>AMITIZA 24 MCG, 8 MCG CAPSULE</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
<i>aprepitant 125 mg, 40 mg capsule</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D,LC (2 cada 28 días)
<i>aprepitant 125-80-80 mg pack</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D,LC (6 cada 28 días)
<i>aprepitant 80 mg capsule</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D,LC (4 cada 28 días)
<i>APRISO 0.375 GRAM CAPSULE,EXTENDED RELEASE</i> ^{EC}	\$0 (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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>balsalazide disodium 750 mg cp</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
CANASA 1,000 MG RECTAL SUPPOSITORY ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
CHENODAL 250 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
CHOLBAM 250 MG, 50 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
<i>cimetidine 200 mg, 300 mg, 400 mg, 800 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>cimetidine 300 mg/5 ml soln</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>compro 25 mg rectal suppository</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
CREON 12,000-38,000-60,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE; CREON 24,000-76,000-120,000 UNIT CAPSULE,DELAYED RELEASE; CREON 3,000 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}	\$0 (Nivel 2)	
<i>diphenoxylat-atrop 2.5-0.025/5; diphenoxylate-atrop 2.5-0.025</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>dronabinol 10 mg, 2.5 mg, 5 mg capsule</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D,LC (120 cada 30 días)
EMEND 125 MG (1)-80 MG (2) CAPSULES IN A DOSE PACK ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D,LC (6 cada 28 días)
EMEND 125 MG (25 MG/ML FINAL CONC.) ORAL SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D,LC (3 cada 28 días)
EMEND 125 MG, 40 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D,LC (2 cada 28 días)
EMEND 80 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D,LC (4 cada 28 días)
<i>famotidine 20 mg, 40 mg tablet; famotidine 40 mg/4 ml vial; famotidine 40 mg/5 ml susp</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>famotidine 20 mg/2 ml vial</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>famotidine 20 mg piggyback</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
GATTEX 30-VIAL 5 MG SUBCUTANEOUS KIT ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
GATTEX ONE-VIAL 5 MG SUBCUTANEOUS KIT ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
<i>gavilyte-c 240 gram-22.72 gram-6.72 gram-5.84 gram oral solution</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>gavilyte-g 236 gram-22.74 gram-6.74 gram-5.86 gram oral solution</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>gavilyte-n 420 gram oral solution</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>granisetron hcl 0.1 mg/ml vial</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>granisetron hcl 1 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D,LC (28 cada 28 días)
<i>granisetron hcl 1 mg/ml vial</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>granisetron hcl 4 mg/4 ml vial</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (4 cada 28 días)
<i>lansoprazole dr 15 mg capsule</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
<i>lansoprazole dr 30 mg capsule</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
LIALDA 1.2 GRAM TABLET,DELAYED RELEASE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (120 cada 30 días)
LINZESS 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG CAPSULE ^{EC}	\$0 (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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
mesalamine 4 gm/60 ml enema ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (1800 cada 30 días)
mesalamine 4 gm/60 ml kit ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
metoclopramide 10 mg, 5 mg tablet; metoclopramide 10 mg/2 ml syr; metoclopramide 10 mg/2 ml vial; metoclopramide 5 mg/5 ml, 5 mg/ml soln ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
misoprostol 100 mcg, 200 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
omeprazole dr 10 mg, 20 mg, 40 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
ondansetron odt 4 mg, 8 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D,LC (90 cada 30 días)
ondansetron 4 mg/5 ml solution ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D,LC (450 cada 30 días)
ondansetron 40 mg/20 ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ondansetron hcl 24 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D,LC (30 cada 30 días)
ondansetron hcl 4 mg, 8 mg tablet ^{EC}	\$0 (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}	\$0 (Nivel 1)	
pantoprazole sod dr 20 mg, 40 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
pantoprazole sodium 40 mg vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
peg 3350 electrolyte soln; peg-3350 and electrolytes soln ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
peg 3350-electrolyte solution ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
polyethylene glycol 3350 powd ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
prochlorperazine 25 mg supp ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
prochlorperazine 10 mg/2 ml vl ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
prochlorperazine 10 mg, 5 mg tab; prochlorperazine 10 mg, 5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
PROTONIX 40 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
ranitidine 15 mg/ml syrup; ranitidine 150 mg, 300 mg capsule; ranitidine 150 mg, 300 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
RELISTOR 12 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION; RELISTOR 12 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (36 cada 28 días)
RELISTOR 150 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (90 cada 30 días)
RELISTOR 8 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (12 cada 30 días)
SANCUSO 3.1 MG/24 HOUR TRANSDERMAL PATCH ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (4 cada 30 días)
scopolamine 1 mg/3 day patch ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (10 cada 30 días)
sucrafate 1 gm tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
SUPREP BOWEL PREP KIT 17.5 GRAM-3.13 GRAM-1.6 GRAM ORAL SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
TRANSDERM-SCOP 1.5 MG TRANSDERMAL PATCH (1 MG OVER 3 DAYS) ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (10 cada 30 días)
trilyte with flavor packets 420 gram oral solution ^{EC}	\$0 (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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>trimethobenzamide 300 mg cap</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
<i>ursodiol 250 mg, 500 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
VIBERZI 100 MG, 75 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)

COMPUESTOS DE ORO - Medicamentos usados para tratar la artritis

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

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

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

HORMONAS Y SUSTITUTOS SINTÉTICOS - Medicamentos utilizados para tratar desequilibrios hormonales

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>a-hydrocort 100 mg solution for injection</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>acarbose 100 mg, 25 mg, 50 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>altavera (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>amabelz 0.5 mg-0.1 mg tablet; amabelz 1 mg-0.5 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>amethia lo 0.10 mg-20 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (91 cada 90 días)
ANADROL-50 50 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
<i>anastrozole 1 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
ANDROGEL 1.62 % (20.25 MG/1.25 GRAM) TRANSDERMAL GEL PACKET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (37.5 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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
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}	\$0 (Nivel 2)	LC (150 cada 30 días)
androxy 10 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
apri 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
aranelle (28) 0.5 mg/1 mg/0.5 mg-35 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
aubra 0.1 mg-20 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
AVANDIA 2 MG, 4 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
aviane 0.1 mg-20 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
azurette (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
bekyree (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
blisovi fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
blisovi fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
budesonide ec 3 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
calcitonin-salmon 200 units sp ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (3.7 cada 28 días)
camila 0.35 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
camrese lo 0.10 mg-20 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (91 cada 90 días)
caziant (28) 0.1 mg/0.125 mg/0.15 mg-25 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
chorionic gonad 10,000 unit vl ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
cortisone 25 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
cryselle (28) 0.3 mg-30 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
cyclafem 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
cyclafem 7/7/7 (28) 0.5 mg/0.75 mg/1 mg-35 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
cyred 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
CYTOMEL 25 MCG, 5 MCG, 50 MCG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
danazol 100 mg, 200 mg, 50 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
dasetta 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
dasetta 7/7/7 (28) 0.5 mg(7)/0.75 mg(7)/1 mg(7)-35 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
deblitane 0.35 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
delyla (28) 0.1 mg-20 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
DEPO-ESTRADIOL 5 MG/ML INTRAMUSCULAR OIL ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
desmopressin 0.01% solution; desmopressin 0.1 mg/ml sol; desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr; desmopressin ac 0.1 mg/ml (refrigerate), 4 mcg/ml vial; desmopressin acetate 0.1 mg, 0.2 mg tb ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
desogestr-eth estrad eth estra ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
desogestrel-ethinyl estrad tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	

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



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
dexamethasone 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg tablet; dexamethasone 0.5 mg/5 ml elx; dexamethasone 0.5 mg/5 ml liq ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
dexamethasone intensol 1 mg/ml drops (concentrate) ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
dexamethasone 10 mg/ml, 4 mg/ml vial; dexamethasone 4 mg/ml syringe ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
drospirenone-ee 3-0.02 mg, 3-0.03 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
DUAVEE 0.45 MG-20 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
EGRIFTA 1 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
EGRIFTA 2 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
elinest 0.3 mg-30 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ELLA 30 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (1 cada 30 días)
emoquette 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
enpresse 50-30 (6)/75-40(5)/125-30(10) tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
enskyce 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
errin 0.35 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ESTRACE 0.01% (0.1 MG/GRAM) VAGINAL CREAM ^{EC}	\$0 (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}	\$0 (Nivel 1)	LC (4 cada 28 días)
estradiol 0.5 mg, 1 mg, 2 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
estradiol valerate 20 mg/ml, 40 mg/ml vl ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
estradiol-noreth 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg tab; estradiol-noreth 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg tb ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
estropipate 0.625(0.75 mg, 1.5 mg, 3 mg) tab; estropipate 1.25(0.75 mg, 1.5 mg, 3 mg) tab; estropipate 2.5(0.75 mg, 1.5 mg, 3 mg) tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ethynodiol-eth estra 1mg-35mcg; ethynodiol-eth estra 1mg-50mcg ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
exemestane 25 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
falmina (28) 0.1 mg-20 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
FARESTON 60 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
FEMCON FE CHEWABLE TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
femynor 0.25 mg-35 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
FIASP 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
FIASP FLEXTOUCH 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS INSULIN PEN ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
FIRMAGON KIT WITH DILUENT SYRINGE 120 MG, 80 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
fludrocortisone 0.1 mg tablet ^{EC}	\$0 (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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
FORTEO 20 MCG/DOSE (600 MCG/2.4 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR EC	\$0 (Nivel 2)	TP,LC (2.4 cada 28 días)
FORTICAL 200 UNITS NASAL SPRAY EC	\$0 (Nivel 2)	LC (3.7 cada 28 días)
<i>gianvi</i> (28) 3 mg-20 mcg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
<i>gildess</i> 1.5 mg-30 mcg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
<i>gildess</i> 1 mg-20 mcg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
<i>gildess</i> 24 fe 1-0.02 mg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
<i>gildess</i> fe 1.5-30 tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
<i>gildess</i> fe 1-20 tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
<i>glimepiride</i> 1 mg, 2 mg, 4 mg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
<i>glipizide</i> 10 mg, 5 mg tablet; <i>glipizide er</i> 10 mg, 2.5 mg, 5 mg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
<i>glipizide-metformin</i> 2.5-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg EC	\$0 (Nivel 1)	
GLUCAGEN HYPOKIT 1 MG INJECTION EC	\$0 (Nivel 2)	
GLUCAGON EMERGENCY KIT (HUMAN-RECOMB) 1 MG INJECTION EC	\$0 (Nivel 2)	
GLYSET 100 MG, 25 MG, 50 MG TABLET EC	\$0 (Nivel 2)	
GLYXAMBI 10 MG-5 MG TABLET; GLYXAMBI 25 MG-5 MG TABLET EC	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
<i>heather</i> 0.35 mg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
<i>hydrocortisone</i> 10 mg, 20 mg, 5 mg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
INCRELEX 10 MG/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION EC	\$0 (Nivel 2)	AP
<i>introvale</i> 0.15 mg-30 mcg tablets, 3 month dose pack EC	\$0 (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	\$0 (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	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
INVOKANA 100 MG, 300 MG TABLET EC	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
<i>isibloom</i> 0.15 mg-0.03 mg tablet EC	\$0 (Nivel 1)	
JANUMET 50 MG-1,000 MG TABLET; JANUMET 50 MG-500 MG TABLET EC	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
JANUMET XR 100 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE EC	\$0 (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	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
JANUVIA 100 MG, 25 MG, 50 MG TABLET EC	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
JARDIANCE 10 MG, 25 MG TABLET EC	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
<i>jencycla</i> 0.35 mg tablet EC	\$0 (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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
JENTADUETO 2.5 MG-1,000 MG TABLET; JENTADUETO 2.5 MG-500 MG TABLET; JENTADUETO 2.5 MG-850 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
JENTADUETO XR 2.5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
JENTADUETO XR 5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
juleber 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
junel 1.5/30 (21) 1.5 mg-30 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
junel 1/20 (21) 1 mg-20 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
junel fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
junel fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
junel fe 24 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
kariva (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
kelnor 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
kimidess (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
KORLYM 300 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
kurvelo 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
levono-e estrad 0.10-0.02-0.01 ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (91 cada 90 días)
LANTUS 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
LANTUS SOLOSTAR 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS INSULIN PEN ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
larin 1.5/30 (21) 1.5 mg-30 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
larin 1/20 (21) 1 mg-20 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
larin 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
larin fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
larin fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
larissia 0.1 mg-20 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
lessina 0.1 mg-20 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
letrozole 2.5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
leuprolide 2wk 14 mg/2.8 ml kt ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
LEVEMIR 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
LEVEMIR FLEXTOUCH 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS INSULIN PEN ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
levonest (28) 50-30 (6)/75-40(5)/125-30(10) tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
levonor-eth estrad triphasic ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
levonor-eth estrad 0.1-0.02 mg; levonor-eth estrad 0.15-0.03 ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
levora-28 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{EC}	\$0 (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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
levothyroxine 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
LEVOXYL 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
lillow 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
liothyronine sod 10 mcg/ml vl; liothyronine sod 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
loryna (28) 3 mg-20 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
low-ogestrel (28) 0.3 mg-30 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
LUPRON DEPOT 3.75 MG, 7.5 MG INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (1 cada 30 días)
LUPRON DEPOT 11.25 MG, 22.5 MG (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (1 cada 90 días)
LUPRON DEPOT 30 MG (4 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (1 cada 112 días)
LUPRON DEPOT (6 MONTH) 45 MG INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (1 cada 168 días)
LUPRON DEPOT-PED 11.25 MG, 15 MG, 7.5 MG (PED) INTRAMUSCULAR KIT ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (1 cada 28 días)
LUPRON DEPOT-PED 11.25 MG, 30 MG (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (1 cada 90 días)
lutera (28) 0.1 mg-20 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
lyza 0.35 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
marlissa 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
medroxyprogesterone 10 mg, 2.5 mg, 5 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
medroxyprogesterone 150 mg/ml ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (1 cada 90 días)
megestrol 20 mg, 40 mg tablet; megestrol acet 40 mg/ml susp; megestrol acet 400 mg/10 ml ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
MENEST 0.3 MG, 0.625 MG, 1.25 MG, 2.5 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
metformin hcl 1,000 mg, 500 mg, 850 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
metformin hcl er 500 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
metformin hcl er 750 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
methimazole 10 mg, 5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
METHITEST 10 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
methylprednisolone 16 mg, 32 mg, 4 mg, 4 mg, 8 mg dosepk; methylprednisolone 16 mg, 32 mg, 4 mg, 4 mg, 8 mg tab; methylprednisolone 16 mg, 32 mg, 4 mg, 4 mg, 8 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
methylprednisolone 40 mg/ml, 80 mg/ml vl ^{EC}	\$0 (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}	\$0 (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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>methyltestosterone 10 mg cap</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
MIACALCIN 200 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
<i>microgestin 1.5/30 (21) 1.5 mg-30 mcg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>microgestin 1/20 (21) 1 mg-20 mcg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
MICROGESTIN 24 FE 1 MG-20 MCG (24)/75 MG (4) TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>microgestin fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>microgestin fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>miglitol 100 mg, 25 mg, 50 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>mimvey 1 mg-0.5 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
MYALEPT 5 MG/ML (FINAL CONCENTRATION) SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
<i>myzilra 50-30 (6)/75-40(5)/125-30(10) tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>nateglinide 120 mg, 60 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
NATPARA 100 MCG/DOSE, 25 MCG/DOSE, 50 MCG/DOSE, 75 MCG/DOSE SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (2 cada 28 días)
<i>necon 0.5/35 (28) 0.5 mg-35 mcg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>necon 1-35-28 tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>necon 10-11-28 tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>nikki (28) 3 mg-20 mcg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>noret-estr-fe 0.4-0.035(21)-75</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>norethindrone 0.35 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>norethind-eth estrad 1-0.02 mg</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>norethindrone 5 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>noreth-estrad-fe 1-0.02(21)-75</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>norg-ee 0.18-0.215-0.25/0.025; norg-ee 0.18-0.215-0.25/0.035; norg-ethin estra 0.25-0.035 mg</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>norlyda 0.35 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>norlyroc 0.35 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>nortrel 0.5/35 (28) 0.5 mg-35 mcg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>nortrel 1/35 (21) 1 mg-35 mcg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>nortrel 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>nortrel 7/7/7 (28) 0.5 mg/0.75 mg/1 mg-35 mcg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
NOVOLIN 70/30 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLIN N 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLIN R 100 UNIT/ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLOG 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	

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



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
NOVOLOG FLEXPEN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLOG MIX 70-30 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS PEN ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLOG PENFILL 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
ogestrel (28) 0.5 mg-50 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
OMNITROPE 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE; OMNITROPE 5.8 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
orsythia 0.1 mg-20 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
oxandrolone 10 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (60 cada 30 días)
oxandrolone 2.5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (120 cada 30 días)
pimtrea (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
pioglitazone hcl 15 mg, 30 mg, 45 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
pioglitazone-glimepiride 30-2; pioglitazone-glimepiride 30-4 ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
pioglitazone-metformin 15-500; pioglitazone-metformin 15-850 ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (90 cada 30 días)
pirmella 0.5/0.75/1 mg-35 mcg tablet; pirmella 1 mg-35 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
portia 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
prednisolone 15 mg/5 ml syrup ^{EC}	\$0 (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}	\$0 (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}	\$0 (Nivel 1)	B o D
prednisone intensol 5 mg/ml oral concentrate ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
PREMARIN 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG TABLET; PREMARIN 0.625 MG/GRAM VAGINAL CREAM ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
PREMPHASE 0.625 MG(14)/0.625 MG-5MG(14) TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
PREMPRO 0.3 MG-1.5 MG TABLET; PREMPRO 0.45 MG-1.5 MG TABLET; PREMPRO 0.625 MG-2.5 MG TABLET; PREMPRO 0.625 MG-5 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
previfem 0.25 mg-35 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
progesterone in oil 50 mg/ml intramuscular ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
progesterone 100 mg, 200 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
PROGLYCEM 50 MG/ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
propylthiouracil 50 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
quasense 0.15 mg-30 mcg tablets, 3 month dose pack ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
raloxifene hcl 60 mg tablet ^{EC}	\$0 (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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>reclipsen</i> (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>repaglinide</i> 0.5 mg, 1 mg, 2 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
SENSIPAR 30 MG, 60 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
SENSIPAR 90 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (120 cada 30 días)
SEROSTIM 4 MG, 5 MG, 6 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
<i>setlakin</i> 0.15 mg-30 mcg tablets,3 month dose pack ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>sharobel</i> 0.35 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
SIGNIFOR 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
SOLTAMOX 10 MG/5 ML ORAL SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
SOLU-MEDROL 1,000 MG, 2 GRAM INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
SOLU-MEDROL (PF) 125 MG/2 ML, 40 MG/ML, 500 MG/4 ML INTRAVENOUS SOLUTION; SOLU-MEDROL (PF) 125 MG/2 ML, 40 MG/ML, 500 MG/4 ML SOLUTION FOR INJECTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
SOMATULINE DEPOT 120 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (0.5 cada 28 días)
SOMATULINE DEPOT 60 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (0.2 cada 28 días)
SOMATULINE DEPOT 90 MG/0.3 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	\$0 (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}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
SOMAVERT 25 MG, 30 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
<i>sprintec</i> (28) 0.25 mg-35 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>sronyx</i> 0.1 mg-20 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
STIMATE 150 MCG/SPRAY (0.1 ML) NASAL SPRAY ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
<i>syeda</i> 3 mg-0.03 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
SYMLINPEN 120 2,700 MCG/2.7 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (10.8 cada 30 días)
SYMLINPEN 60 1,500 MCG/1.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (10.5 cada 30 días)
SYNAREL 2 MG/ML NASAL SPRAY ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
SYNJARDY 12.5 MG-1,000 MG TABLET; SYNJARDY 12.5 MG-500 MG TABLET; SYNJARDY 5 MG-1,000 MG TABLET; SYNJARDY 5 MG-500 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
SYNJARDY XR 10 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE; SYNJARDY XR 25 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE ^{EC}	\$0 (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}	\$0 (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}	\$0 (Nivel 2)	
<i>tamoxifen</i> 10 mg, 20 mg tablet ^{EC}	\$0 (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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>tarina fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>testosteron cyp 1,000 mg/10 ml; testosterone cyp 100 mg/ml, 200 mg/ml</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>testosterone enan 200 mg/ml</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
THYROLAR-1 12.5 MCG-50 MCG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
THYROLAR-1/2 6.25 MCG-25 MCG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
THYROLAR-1/4 3.1 MCG-12.5 MCG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
THYROLAR-2 25 MCG-100 MCG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
THYROLAR-3 37.5 MCG-150 MCG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
<i>tilia fe 1-20 (5)/1-30(7)/1mg-35mcg(9) tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>tolbutamide 500 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
TOUJEO SOLOSTAR 300 UNIT/ML (1.5 ML) SUBCUTANEOUS INSULIN PEN ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
TRADJENTA 5 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 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}	\$0 (Nivel 2)	AP
TRESIBA FLEXTOUCH U-100 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS INSULIN PEN ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
TRESIBA FLEXTOUCH U-200 200 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS INSULIN PEN ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
<i>tri femynor (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>tri-legest fe 1-20 (5)/1-30(7)/1mg-35mcg(9) tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>tri-lo-estarylla 0.18 mg/0.215 mg/0.25 mg-25 mcg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>tri-lo-sprintec 0.18 mg/0.215 mg/0.25 mg-25 mcg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>tri-previfem (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>tri-sprintec (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>trinessa (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>trinessa lo 0.18 mg/0.215 mg/0.25 mg-25 mcg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>trivora (28) 50-30 (6)/75-40(5)/125-30(10) tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
TRULICITY 0.75 MG/0.5 ML, 1.5 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (2 cada 28 días)
UNITHROID 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
<i>velivet triphasic regimen (28) 0.1 mg/0.125 mg/0.15 mg-25 mcg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
VERIPRED 20 20 MG/5 ML (4 MG/ML) ORAL SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
<i>vestura (28) 3 mg-20 mcg tablet</i> ^{EC}	\$0 (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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
VICTOZA 2-PAK 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (9 cada 30 días)
VICTOZA 3-PAK 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (9 cada 30 días)
vienva 0.1 mg-20 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
viorele (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
wera (28) 0.5 mg-35 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
wymzya fe 0.4 mg-35 mcg (21)/75 mg (7) chewable tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
zarah 3 mg-0.03 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
zenchent fe tablet chewable ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
zovia 1/35e (28) 1 mg-35 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
zovia 1/50e (28) 1 mg-50 mcg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	

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

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

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

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
acetylcysteine 6 gram/30 ml vl ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ACTIMMUNE 100 MCG (2 MILLION UNIT)/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
alendronate sodium 10 mg, 40 mg, 5 mg tab; alendronate sodium 10 mg, 40 mg, 5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
alendronate sodium 35 mg, 70 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (4 cada 28 días)
allopurinol 100 mg, 300 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
amifostine 500 mg vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
AMPYRA 10 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
ARCALYST 220 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
ATELVIA 35 MG TABLET, DELAYED RELEASE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (4 cada 28 días)
azathioprine 50 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
BENLYSTA 120 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP, LC (20 cada 28 días)
BENLYSTA 200 MG/ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR; BENLYSTA 200 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP, LC (4 cada 28 días)
BENLYSTA 400 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP, LC (6 cada 28 días)
BETASERON 0.3 MG SUBCUTANEOUS KIT ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP, LC (15 cada 30 días)
CELLCEPT 200 MG/ML ORAL SUSPENSION; CELLCEPT 250 MG CAPSULE; CELLCEPT 500 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
CELLCEPT INTRAVENOUS 500 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
CERDELGA 84 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP, LC (60 cada 30 días)
CINRYZE 500 UNIT (5 ML) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP, LC (20 cada 30 días)
COLCRYS 0.6 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (120 cada 30 días)
COPAXONE 20 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP, LC (30 cada 30 días)
COPAXONE 40 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP, LC (12 cada 28 días)
cyclosporine 100 mg, 25 mg capsule; cyclosporine 50 mg/ml ampul ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
cyclosporine 100 mg/ml soln; cyclosporine modified 100 mg, 25 mg, 50 mg ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
CYSTADANE 1 GRAM/1.7 ML ORAL POWDER ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
CYSTAGON 150 MG, 50 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
DEMSEER 250 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
dexrazoxane 250 mg, 500 mg vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
disulfiram 250 mg, 500 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
dutasteride 0.5 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
dutasteride-tamsulosin 0.5-0.4 ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
ELMIRON 100 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
ENBREL 25 MG (1 ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP, LC (8 cada 28 días)
ENBREL 25 MG/0.5 ML (0.51 ML) SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP, LC (4.08 cada 28 días)
ENBREL 50 MG/ML (0.98 ML) SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP, LC (7.84 cada 28 días)
ENBREL MINI 50 MG/ML (0.98 ML) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP, LC (7.84 cada 28 días)
ENBREL SURECLICK 50 MG/ML (0.98 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP, LC (7.84 cada 28 días)
etidronate disodium 200 mg, 400 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
EXONDYS 51 50 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
finasteride 5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
FIRAZYR 30 MG/3 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP, LC (18 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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>fluoride 1 mg tablet chewable</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>fomepizole 1.5 gm/1.5 ml vial</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
FUSILEV 50 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
<i>gengraf 100 mg, 25 mg, 50 mg capsule; gengraf 100 mg/ml oral solution</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
GILENYA 0.5 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
HUMIRA 10 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (2 cada 28 días)
HUMIRA 20 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (6 cada 28 días)
HUMIRA PEDIATRIC CROHN'S STARTER 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (6 cada 28 días)
HUMIRA PEN 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS ^{EC}	\$0 (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}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (6 cada 28 días)
HUMIRA PEN PSORIASIS-UVEITIS STARTER 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS KIT ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (6 cada 28 días)
IMURAN 50 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
KUVAN 100 MG SOLUBLE TABLET; KUVAN 100 MG, 500 MG ORAL POWDER PACKET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
<i>leflunomide 10 mg, 20 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
<i>leucovorin calcium 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg tab</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>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 vl</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
<i>levocarnitine 200 mg/ml vial; levocarnitine 330 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>levocarnitine 1 g/10 ml soln</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>levoleucovorin 10 mg/ml, 175 mg, 50 mg vial; levoleucovorin 250 mg/25 ml vl</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	AP
<i>mesna 1 gram/10 ml vial</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
MESNEX 400 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
<i>mycophenolate 200 mg/ml susp; mycophenolate 250 mg capsule; mycophenolate 500 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
<i>mycophenolate 500 mg vial</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
<i>mycophenolic acid dr 180 mg, 360 mg tb</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
MYFORTIC 180 MG, 360 MG TABLET, DELAYED RELEASE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
NULOJIX 250 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (20 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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
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}	\$0 (Nivel 1)	AP
ORFADIN 10 MG, 2 MG, 20 MG, 5 MG CAPSULE; ORFADIN 4 MG/ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
pamidronate 30 mg/10 ml vial; pamidronate 60 mg/10 ml vial; pamidronate 90 mg/10 ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
PROGRAF 5 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
PROLIA 60 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (1 cada 180 días)
RAPAMUNE 0.5 MG, 1 MG, 2 MG TABLET; RAPAMUNE 1 MG/ML ORAL SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
REMICADE 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
risedronate sod dr 35 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (4 cada 28 días)
SANDIMMUNE 100 MG/ML ORAL SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
SANDOSTATIN LAR DEPOT 10 MG, 20 MG, 30 MG INTRAMUSCULAR SUSP,EXTENDED RELEASE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
SIMPONI 100 MG/ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR; SIMPONI 100 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (1 cada 30 días)
SIMULECT 10 MG, 20 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
sirolimus 0.5 mg, 1 mg, 2 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
tacrolimus 0.5 mg, 1 mg, 5 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
THALOMID 100 MG, 200 MG, 50 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
THALOMID 150 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
THIOLA 100 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
THYMOGLOBULIN 25 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
TYBOST 150 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
TYSABRI 300 MG/15 ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
XELJANZ 5 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
XELJANZ XR 11 MG TABLET,EXTENDED RELEASE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
XGEVA 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (1.7 cada 28 días)
ZAVESCA 100 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (90 cada 30 días)
zoledronic acid 4 mg vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	AP
zoledronic acid 4 mg/5 ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (15 cada 21 días)
zoledronic acid 5 mg/100 ml ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (100 cada 365 días)
ZORTRESS 0.25 MG, 0.75 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D,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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
ZORTRESS 0.5 MG TABLET ^{EC}	\$0 (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
<i>methergine 0.2 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>methylergonovine 0.2 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (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}	\$0 (Nivel 1)	
BORDERED GAUZE 2" X 2" BANDAGE ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
CURITY GAUZE 2" X 2" BANDAGE ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
DERMACEA 2" X 2" BANDAGE ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
GAUZE PADS 2"X2" ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
GAUZE PAD 2" X 2" BANDAGE ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
GAUZE PADS, STERILE 2"X2" ^{EC}	\$0 (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}	\$0 (Nivel 1)	B o D
ADEMPAS 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (90 cada 30 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}	\$0 (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}	\$0 (Nivel 2)	LC (12 cada 30 días)
ARALAST NP 1,000 MG, 500 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
ARNUITY ELLIPTA 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION POWDER FOR INHALATION ^{EC}	\$0 (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}	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
<i>budesonide 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml susp</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
<i>cromolyn 100 mg/5 ml oral conc; cromolyn 4% eye drops</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>cromolyn 20 mg/2 ml neb soln</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	B o D
DALIRESP 500 MCG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
ESBRIET 267 MG CAPSULE; ESBRIET 267 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (270 cada 30 días)
ESBRIET 801 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (90 cada 30 días)
FLOVENT DISKUS 100 MCG/ACTUATION, 250 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION POWDER FOR INHALATION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (60 cada 30 días)
FLOVENT HFA 110 MCG/ACTUATION, 220 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (24 cada 30 días)
FLOVENT HFA 44 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (10.6 cada 30 días)
GLASSIA 1 GRAM/50 ML (2 %) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
KALYDECO 150 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
KALYDECO 50 MG, 75 MG ORAL GRANULES IN PACKET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (56 cada 28 días)
LETAIRIS 10 MG, 5 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
<i>montelukast sod 10 mg tablet; montelukast sod 4 mg granules; montelukast sod 4 mg, 5 mg tab chew</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
OFEV 100 MG, 150 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
OPSUMIT 10 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
ORKAMBI 100 MG-125 MG TABLET; ORKAMBI 200 MG-125 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (112 cada 28 días)
PULMOZYME 1 MG/ML SOLUTION FOR INHALATION ^{EC}	\$0 (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}	\$0 (Nivel 2)	AP
SYMBICORT 160 MCG-4.5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER; SYMBICORT 80 MCG-4.5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (10.2 cada 30 días)
TRACLEER 125 MG, 62.5 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
TYVASO 1.74 MG/2.9 ML (0.6 MG/ML) SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
TYVASO INSTITUTIONAL STARTER KIT 1.74 MG/2.9 ML SOLN FOR NEBULIZATION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
TYVASO REFILL KIT 1.74 MG/2.9 ML (0.6 MG/ML) SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
TYVASO STARTER KIT 1.74 MG/2.9 ML SOLUTION FOR NEBULIZATION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
XOLAIR 150 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
zafirlukast 10 mg, 20 mg tablet ^{EC}	\$0 (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}	\$0 (Nivel 2)	
acitretin 10 mg, 17.5 mg, 25 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
acyclovir 5% ointment ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	AP
adapalene 0.1% gel ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
alclometasone dipr 0.05% oint; alclometasone dipro 0.05% crm ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ALCOHOL PADS ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ALCOHOL PREP PADS ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ALCOHOL PREP SWABS ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ALCOHOL 70% SWABS ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ALCOHOL WIPES ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ALTABAX 1 % TOPICAL OINTMENT ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
ammonium lactate 12% cream; ammonium lactate 12% lotion ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
BD ALCOHOL SWABS ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
betamethasone dp 0.05% crm; betamethasone dp 0.05% lot; betamethasone dp 0.05% oint ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
betamethasone va 0.1% cream; betamethasone va 0.1% lotion; betamethasone valer 0.1% ointm ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
betamethasone dp aug 0.05% crm; betamethasone dp aug 0.05% gel; betamethasone dp aug 0.05% lot; betamethasone dp aug 0.05% oin ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
calcipotriene 0.005% cream ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (120 cada 30 días)
calcipotriene 0.005% solution ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD TOPICAL PADS ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ciclodan 0.77 % topical cream; ciclodan 8 % topical solution ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ciclopirox 0.77% cream; ciclopirox 0.77% gel; ciclopirox 0.77% topical susp; ciclopirox 1% shampoo; ciclopirox 8% solution ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
clindamycin 2% vaginal cream; clindamycin ph 1% gel; clindamycin ph 1% solution; clindamycin phos 1% pledget; clindamycin phosp 1% lotion ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
clobetasol 0.05% cream; clobetasol 0.05% gel; clobetasol 0.05% ointment; clobetasol 0.05% solution ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
clobetasol emollient 0.05% crm ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	

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



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
clotrimazole 1% cream; clotrimazole 1% solution; clotrimazole 10 mg troche ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
clotrimazole-betamethasone crm; clotrimazole-betamethasone lot ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
colocort 100 mg/60 ml enema ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
cormax 0.05 % scalp solution ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
COSENTYX 150 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (32 cada 365 días)
COSENTYX (2 SYRINGES) 300 MG (150 MG/ML) SUBCUTANEOUS ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (32 cada 365 días)
COSENTYX PEN 150 MG/ML SUBCUTANEOUS ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (32 cada 365 días)
COSENTYX PEN (2 PENS) 300 MG (150 MG/ML) SUBCUTANEOUS ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (32 cada 365 días)
CURITY ALCOHOL SWABS ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
DENAVIR 1 % TOPICAL CREAM ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
desonide 0.05% cream; desonide 0.05% lotion; desonide 0.05% ointment ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
desoximetasone 0.05% cream; desoximetasone 0.05% gel; desoximetasone 0.05% ointment; desoximetasone 0.25% cream; desoximetasone 0.25% ointment ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
econazole nitrate 1% cream ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ELIDEL 1 % TOPICAL CREAM ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
ery pads 2 % topical swab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
erythromycin 2% gel; erythromycin 2% pledgets; erythromycin 2% solution ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
erythromycin-benzoyl gel ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
fluocinolone 0.01% cream; fluocinolone 0.01% solution; fluocinolone 0.025% cream; fluocinolone 0.025% ointment ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
fluocinolone 0.01% scalp oil ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
fluocinonide 0.05% cream; fluocinonide 0.05% gel; fluocinonide 0.05% ointment; fluocinonide 0.05% solution ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
fluocinonide-e 0.05 % topical cream ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
fluocinonide-e 0.05% cream ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
fluorouracil 2% topical soln; fluorouracil 5% cream; fluorouracil 5% topical soln ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
fluticasone prop 0.005% oint; fluticasone prop 0.05% cream ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
gentamicin 0.1% cream; gentamicin 0.1% ointment ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
halobetasol prop 0.05% cream; halobetasol prop 0.05% ointmnt ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	

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



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
hydrocortisone 1% cream; hydrocortisone 1% ointment; hydrocortisone 100 mg/60 ml; hydrocortisone 2.5% cream; hydrocortisone 2.5% lotion; hydrocortisone 2.5% ointment ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
hydrocortisone buty 0.1% cream; hydrocortisone butyr 0.1% oint; hydrocortisone butyr 0.1% soln ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
hydrocortisone val 0.2% cream; hydrocortisone val 0.2% ointmt ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
imiquimod 5% cream packet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (12 cada 30 días)
INCONTROL ALCOHOL PADS ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
IV PREP WIPES MEDICATED ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
KEPIVANCE 6.25 MG INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
ketoconazole 2% cream; ketoconazole 2% shampoo ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
lidocaine 5% patch ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	AP,LC (90 cada 30 días)
lidocaine-prilocaine cream ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
lindane 1% lotion; lindane 1% shampoo ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
malathion 0.5% lotion ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
MENTAX 1 % TOPICAL CREAM ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
methoxsalen 10 mg softgel ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
metronidazole 0.75% cream; metronidazole 0.75% lotion; metronidazole topical 0.75% gl; metronidazole topical 1% gel; metronidazole vaginal 0.75% gl ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
miconazole-3 200 mg vaginal suppository ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
mometasone furoate 0.1% cream; mometasone furoate 0.1% oint; mometasone furoate 0.1% soln ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
mupirocin 2% ointment ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
mupirocin 2% cream ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
myorisan 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
neomy-polymyxin b 40 mg/ml amp ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
nyamyc 100,000 unit/gram topical powder ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
nyata 100,000 unit/gram topical powder ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
nystatin 100,000 unit/gm cream; nystatin 100,000 unit/gm powd; nystatin 100,000 units/gm oint ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
nystatin-triamcinolone cream; nystatin-triamcinolone ointm ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
nystop 100,000 unit/gram topical powder ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
oralone 0.1 % dental paste ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
PANRETIN 0.1 % TOPICAL GEL ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
permethrin 5% cream ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
podofilox 0.5% topical soln ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	

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



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>prednicarbate 0.1% cream; prednicarbate 0.1% ointment</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
PRO COMFORT ALCOHOL PADS ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>procto-med hc 2.5 % topical cream perineal applicator</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>procto-pak 1 % topical cream perineal applicator</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>proctosol hc 2.5 % topical cream perineal applicator</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>proctozone-hc 2.5 % topical cream perineal applicator</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
RECTIV 0.4 % (W/W) OINTMENT ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
REGRANEX 0.01 % TOPICAL GEL ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
SANTYL 250 UNIT/GRAM TOPICAL OINTMENT ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
<i>silver sulfadiazine 1% cream</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
SORIATANE 10 MG, 17.5 MG, 25 MG CAPSULE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
SSD 1 % TOPICAL CREAM ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>sulfacetamide sod 10% top susp</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>tacrolimus 0.03% ointment; tacrolimus 0.1% ointment</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
TARGRETIN 1 % TOPICAL GEL ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
<i>tazarotene 0.1% cream</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	AP
TAZORAC 0.05 %, 0.1 % TOPICAL CREAM; TAZORAC 0.05 %, 0.1 % TOPICAL GEL ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP
<i>terconazole 0.4% cream; terconazole 0.8% cream; terconazole 80 mg suppository</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
THERMAZENE 1% CREAM ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
TOLAK 4 % TOPICAL CREAM ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
<i>tretinoin 0.01% gel; tretinoin 0.025% cream; tretinoin 0.025% gel; tretinoin 0.05% cream; tretinoin 0.1% cream</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	AP
<i>triamcinolone 0.025% cream; triamcinolone 0.025% lotion; triamcinolone 0.025% oint; triamcinolone 0.1% cream; triamcinolone 0.1% lotion; triamcinolone 0.1% ointment; triamcinolone 0.1% paste; triamcinolone 0.5% cream; triamcinolone 0.5% ointment</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>triderm 0.1 %, 0.5 % topical cream</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>u-cort 1% cream</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ULTILET ALCOHOL SWAB ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
UVADEX 20 MCG/ML INJECTION SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	B o D
VALCHLOR 0.016 % TOPICAL GEL ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	AP,LC (60 cada 28 días)
VEREGEN 15 % TOPICAL OINTMENT ^{EC}	\$0 (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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
WEBCOL TOPICAL PADS ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
zenatane 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg capsule ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ZOVIRAX 5 % TOPICAL CREAM ^{EC}	\$0 (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}	\$0 (Nivel 1)	
ELIXOPHYLLIN 80 MG/15 ML ORAL ELIXIR ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
flavoxate hcl 100 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
MYRBETRIQ 25 MG, 50 MG TABLET, EXTENDED RELEASE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
oxybutynin 5 mg tablet; oxybutynin 5 mg/5 ml syrup ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
oxybutynin cl er 10 mg, 15 mg, 5 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 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}	\$0 (Nivel 1)	
tolterodine tart er 2 mg, 4 mg cap ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (30 cada 30 días)
tolterodine tartrate 1 mg, 2 mg tab ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	LC (60 cada 30 días)
TOVIAZ 4 MG, 8 MG TABLET, EXTENDED RELEASE ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	LC (30 cada 30 días)
tropium chloride 20 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	

VITAMINAS - Medicamentos utilizados para tratar deficiencias de vitaminas

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
calcitriol 0.25 mcg, 0.5 mcg capsule; calcitriol 1 mcg/ml, 1 mcg/ml ampul; calcitriol 1 mcg/ml, 1 mcg/ml solution ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
doxercalciferol 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg cap; doxercalciferol 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg capsule; doxercalciferol 4 mcg/2 ml vl ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
HECTOROL 2 MCG/ML (1 ML) INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	
paricalcitol 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg capsule; paricalcitol 10 mcg/2 ml vial; paricalcitol 2 mcg/ml, 2 mcg/ml, 5 mcg/ml, 5 mcg/ml vial ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
piv-ob+dha 27 mg-1 mg-50 mg-250 mg oral pack ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
pr-natal 400 29 mg-1 mg-400 mg oral pack ^{EC}	\$0 (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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>pr natal 400 ec 29 mg-1 mg-400 mg tablet-capsule, delayed release</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>pr natal 430 29 mg iron-1 mg-430 mg oral pack</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>pr natal 430 ec 29 mg-1 mg-430 mg tablet-capsule, delayed release</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
PRENATABS FA 29 MG-1 MG TABLET ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>prenatal plus (calcium carbonate) 27 mg iron-1 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
<i>thrivite-19 29 mg iron-1 mg-25 mg tablet</i> ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
ZEMPLAR 2 MCG/ML, 5 MCG/ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Nivel 2)	

MEDICAMENTOS RADIOLÓGICOS NO PERTENECIENTES A LA PARTE D

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER SPACER (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
AEROCHAMBER MINI (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
AEROCHAMBER MV SPACER (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU, LARGE MASK (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU, MEDIUM MASK (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU, SMALL MASK (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT SPACER (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT LARGE MASK (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT MEDIUM MASK (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
AEROCHAMBER PLUS Z STAT SMALL MASK (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
AEROCHAMBER WITH FLOWSIGNAL (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS-FLOW SIGNAL (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
AEROGear ACTION ASTHMA KIT (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
AEROTRACH PLUS SPACER (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
AQUASOL A 50,000 UNIT/ML INTRAMUSCULAR SOLUTION (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
ASTHMAPACK CHILDREN'S KIT (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
BREATHERITE MDI SPACER (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
BREATHERITE RIGID SPACER AND MASK (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
BREATHERITE RIGID SPACER AND MASK, ADULT (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
BREATHERITE RIGID SPACER AND MASK, CHILD (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
BREATHERITE RIGID SPACER AND MASK, INFANT (*) ^{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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
BREATHERITE RIGID SPACER AND MASK, SMALL CHILD (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
BREATHERITE VALVED MDI CHAMBER SPACER (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
BREATHERITE VALVED MDI SPACER (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
BREATHERITE WITH MASK, LARGE (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
BREATHERITE WITH MASK, MEDIUM (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
BREATHERITE WITH MASK, SMALL (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
calcium chloride 10% syringe (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
camrese 0.15 mg-30 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
CETROTIDE 0.25 MG SUBCUTANEOUS KIT (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
chromium cl 40 mcg/10 ml vial (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
copper chloride 0.4 mg/ml intravenous solution (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
cyanocobalamin 1,000 mcg/ml (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
DRISDOL 50,000 UNITS CAPSULE (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
E-Z SPACER (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
EASIVENT HOLDING CHAMBER (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
ENDOMETRIN 100 MG VAGINAL INSERTS (*) ^{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)	
GANIRELIX ACET 250 MCG/0.5 ML (*) ^{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)	
INSPIRACHAMBER SPACER (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
INSPIRACHAMBER WITH MASK-MED (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
INSPIRACHAMBER WITH MASK-SMALL (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
LITE TOUCH-MEDIUM MASK (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
LITEAIRE MDI CHAMBER (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
LITETOUCH-LARGE MASK (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
LITETOUCH-SMALL MASK (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
M.V.I. ADULT 3,300 UNIT-150 MCG/10 ML INTRAVENOUS SOLUTION (*) ^{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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
M.V.I. PEDIATRIC 80 MG-400 UNIT-200 MCG INTRAVENOUS SOLUTION (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
magnesium sulf 2 g/50 ml bag; magnesium sulf 4 g/100 ml bag; magnesium sulf 40 g/1,000 ml (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
manganese 1 mg/10 ml vial (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
MEPHYTON 5 MG TABLET (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
MICROCHAMBER SPACER (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
MICROSPACER (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
MONAGHAN Z STAT CHAMBER (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
MONAGHAN Z STAT CHAMBER-LG MSK (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
MONAGHAN Z STAT CHAMBER-MD MSK (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
MONAGHAN Z STAT CHAMBER-SM MSK (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
NASCOBAL 500 MCG/SPRAY NASAL SPRAY (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
OPTICHAMBER ADULT MASK-LARGE (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
OPTICHAMBER DIAMOND VHC WITH LARGE MASK (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
OPTICHAMBER DIAMOND VHC SPACER (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
OPTICHAMBER DIAMOND VHC WITH MEDIUM MASK (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
OPTICHAMBER DIAMOND VHC WITH SMALL MASK (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
phytonadione 1 mg/0.5 ml syr (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
POCKET CHAMBER SPACER (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
PRIMEAIRE SPACER (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
PROCHAMBER (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
pyridoxine 100 mg/ml vial (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
RENACIDIN IRRIGATION SOLN (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
RITEFLO AEROCHAMBER (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
SILICONE MASK - INFANT (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
sodium chloride 0.9% inhal vl (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	B o D
sod fer gluc cplx 62.5 mg/5 ml (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
sodium phosphate 3mm/ml vial (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
thiamine 200 mg/2 ml vial (*) ^{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)	
vitamin d2 50,000 unit capsule (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
vitamin k 1 mg/0.5 ml injection solution (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
vitamin k1 10 mg/ml injection solution (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
VORTEX HOLDING CHAMBER (*) ^{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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
VORTEX HOLDING CHAMBER WITH CHILD MASK (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
VORTEX HOLDING CHAMBER WITH TODDLER MASK (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
VORTEX VHC FROG MASK-CHILD (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
VORTEX VHC LADYBUG MASK-TODDLER (*) ^{EC}	\$0 (Nivel 3)	
<i>bacteriostatic water vial (*)^{EC}</i>	\$0 (Nivel 3)	
<i>sterile water for injection; water for injection vial (*)^{EC}</i>	\$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>24hour allergy 10 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>3 day vaginal 200 mg/5 gram (4 %) cream</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>3-day vaginal 2 % cream</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>4-n-1 no rinse wash 1 % topical cream</i>	\$0 (Nivel 4)	
A AND D (LAN, PET) TOPICAL OINTMENT	\$0 (Nivel 4)	
<i>a thru z 18 mg-500 mcg-300 mcg-250 mcg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>a thru z advanced formula 18 mg-400 mcg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>a thru z high potency tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>a thru z men's ultimate 8 mg iron-200 mcg-600 mcg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>a thru z select 300 mcg-600 mcg-300 mcg tablet; a thru z select 500 mcg-300 mcg-250 mcg tablet; a thru z select tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>a thru z select 50+ formula 0.4 mg-300 mcg-250 mcg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>a thru z select women's tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>abc plus 0.4 mg-300 mcg-250 mcg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
ACEPHEN 120 MG RECTAL SUPPOSITORY	\$0 (Nivel 4)	
<i>acephen 325 mg, 650 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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
acetaminophen 120 mg, 650 mg suppos; acetaminophen 160 mg/5 ml (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)	
acid controller 10 mg, 20 mg 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 (famotidine) 10 mg, 20 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
acid reducer (ranitidine) 150 mg, 75 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
acne control cleanser 10 % cream	\$0 (Nivel 4)	
acne medication 10 % topical gel	\$0 (Nivel 4)	
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)	
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 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 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)	
adults 50 plus 0.4 mg-300 mcg-250 mcg tablet	\$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)	
ra advanced healing lotion	\$0 (Nivel 4)	
advil 100 mg chewable tablet; advil 100 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
ADVIL 200 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
ADVIL LIQUI-GEL 200 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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
ADVIL MIGRAINE 200 MG CAPSULE	\$0 (Nivel 4)	
aftera 1.5 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
alavert 10 mg disintegrating tablet	\$0 (Nivel 4)	
aler-cap 25 mg capsule	\$0 (Nivel 4)	
ALEVE 220 MG CAPSULE; ALEVE 220 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
all day allergy (cetirizine) 10 mg chewable tablet; all day allergy (cetirizine) 10 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
all day allergy relief (cetirizine) 10 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
all day relief 220 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
aller-g-time 25 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
aller-tec 10 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
allerclear 10 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
allergy 25 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
allergy (diphenhydramine) 25 mg capsule; allergy (diphenhydramine) 25 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
allergy medication 25 mg capsule	\$0 (Nivel 4)	
allergy medicine 12.5 mg/5 ml oral liquid; allergy medicine 25 mg capsule; allergy medicine 25 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
allergy relief (cetirizine) 1 mg/ml oral solution; allergy relief (cetirizine) 10 mg tablet	\$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 (diphenhydramine) 12.5 mg/5 ml oral liquid; allergy relief (diphenhydramine) 25 mg capsule; allergy relief (diphenhydramine) 25 mg tablet	\$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 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)	
aluminum hydroxide gel	\$0 (Nivel 4)	
anecream 4 % topical	\$0 (Nivel 4)	
anecream5 5 % topical	\$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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>animal chews tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>animal shape vitamins chewable tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>animal shapes complete chewable tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>animal shapes plus iron chewable tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>antacid (calcium carbonate) 200 mg calcium (500 mg), 200 mg calcium (500 mg), 215 mg calcium (500 mg) chewable tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>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</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>antacid anti-gas double str 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral suspension</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>antacid calcium 215 mg calcium (500 mg) chewable tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>antacid extra strength (mag carb-al hyd) 160 mg-105 mg chewable tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>antacid extra strength (calcium carb) 300 mg (750 mg) chewable tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>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</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>antacid liquid 200 mg-200 mg-20 mg/5 ml oral suspension</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>antacid m 200 mg-200 mg-20 mg/5 ml oral suspension</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>antacid maximum strength 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral suspension</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>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</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>antacid regular strength 200 mg-200 mg-20 mg/5 ml oral suspension</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>antacid ultra strength 1,177 mg, 400 mg calcium (1,000 mg) chewable tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>cvs antacid-simethicone liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>antacid-antigas 200 mg-200 mg-20 mg/5 ml oral suspension; antacid-antigas 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral suspension</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>antacid-simethicone 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral suspension</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>anti-diarrhea 2 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>anti-diarrheal 262 mg/15 ml oral suspension</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>anti-diarrheal (loperamide) 1 mg/5 ml, 1 mg/7.5 ml oral liquid; anti-diarrheal (loperamide) 2 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>cvs anti-fungal 2% powder; pv anti-fungal 2% liquid spray</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>anti-itch (hydrocortisone) 1 % topical cream; anti-itch (hydrocortisone) 1 % topical ointment</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>anti-nausea oral solution</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>antibiotic (bacitracin zinc) 500 unit/gram topical ointment</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>antibiotic(neomy-bacit-polym) 3.5 mg-400 unit-5,000 unit/gram top oint</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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
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 cream 2 % topical	\$0 (Nivel 4)	
antihistamine 25 mg capsule; antihistamine 25 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
ANTIOXIDANT FORMULA (SELENIUM YEAST) 8,333 UNIT-167 MG-133 UNIT TABLET	\$0 (Nivel 4)	
antioxidant vitamins 1,000 unit-200 mg-60 unit-2mg 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)	
AQUADEKS 100 MCG-350 MCG-5 MG CHEWABLE TABLET; AQUADEKS SOFTGEL	\$0 (Nivel 4)	
AQUADEKS PEDIATRIC 400 MCG/ML ORAL DROPS	\$0 (Nivel 4)	
aquanil hc 1 % lotion	\$0 (Nivel 4)	
arthritis pain relief (capsaicin) 0.1 % topical cream	\$0 (Nivel 4)	
ARTIFICIAL TEARS (PETROLATUM/MINERAL OIL) 83 %-15 % EYE OINTMENT	\$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)	
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 af 1 % topical cream	\$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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>athletic foot cream 1 % topical</i>	\$0 (Nivel 4)	
AURO EARDROPS 6.5 %	\$0 (Nivel 4)	
AYR SALINE 0.65 % NASAL SPRAY AEROSOL	\$0 (Nivel 4)	
<i>azolen tincture 2 % topical</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>b complete tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>b complex 1 tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>b complex-vitamin b12 tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>b-100 complex er 100 mg tablet,extended release; pv b-100 complex</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>pv b-50 complex</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>b-complex tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>b-complex plus vitamin c cplt</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>bacitracin 500 unit/gm ointmnt; bacitracin 500 unit/gm ointmnt</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>bacitracin zinc ointment; bacitracin zn 500 unit/gm oint</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>bacitracin-polymyxin ointment; bacitracin-polymyxin ointment</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>bacitraycin plus 500 unit/gram topical ointment</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>cvs bal b-100 tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>cvs bal b-50 tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>balance b-100 tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>balance b-50 tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
BALANCED B-100 100 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
<i>balanced b-100 tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
BALANCED B-100 COMPLEX 100 MG TABLET,EXTENDED RELEASE	\$0 (Nivel 4)	
<i>balanced b-50 tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>balanced b-50 complex tablet</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)	
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)	
BAZA PROTECT TOPICAL CREAM	\$0 (Nivel 4)	
<i>pv 0.5% bedding spray</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>bee-zee tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
BENADRYL 25 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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<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>best fiber 3 gram/3.5 gram oral powder</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>beta-hc 1 % lotion</i>	\$0 (Nivel 4)	
BETADINE 10 % TOPICAL SOLUTION	\$0 (Nivel 4)	
BETADINE 7.5% SKIN CLEANSER	\$0 (Nivel 4)	
BETADINE SURGICAL SCRUB 7.5 % TOPICAL SOLUTION	\$0 (Nivel 4)	
BETADINE SWABSTICKS 10 %	\$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)	
<i>biocotron 10 mg-100 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)	
<i>bismatrol 262 mg chewable tablet; bismatrol 262 mg/15 ml, 525 mg/15 ml oral suspension</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>bismuth 262 mg chewable tablet; bismuth 262 mg tablet; bismuth 262 mg/15 ml oral suspension</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>bismuth 262 mg tablet chew</i>	\$0 (Nivel 4)	
BONINE 25 MG CHEWABLE TABLET	\$0 (Nivel 4)	
<i>bp 10 %, 5 % topical gel</i>	\$0 (Nivel 4)	
BREWER'S YEAST 680 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
<i>buffered aspirin 325 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>bufferin 325 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>gnp calcium 600+d3+min chew tb; gnp calcium 600-d-minerals tab; ra cal 600-vit d3-min chew tab</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>pv calamine lotion</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>gnp calamine suspension</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>calci-chew 500 mg calcium (1,250 mg) tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
CALCI-MIX 500 MG CALCIUM (1,250 MG) CAPSULE	\$0 (Nivel 4)	
CALCIONATE 1.8 GM/5 ML SYRUP	\$0 (Nivel 4)	
<i>calcitrate 200 mg (950 mg) tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>calcitrate-vitamin d 315 mg-250 unit tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>calcium 500 500 mg calcium (1,250 mg) chewable 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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
calcium 500 + d 500 mg (1,250 mg)-200 unit tablet; calcium 500 + d 500 mg(1,250 mg)-400 unit chewable tablet	\$0 (Nivel 4)	
calcium 500 with d 500 mg (1,250 mg)-400 unit tablet	\$0 (Nivel 4)	
calcium 600 600 mg calcium (1,500 mg) tablet	\$0 (Nivel 4)	
calcium 600 + d(3) 600 mg (1,500 mg)-200 unit tablet	\$0 (Nivel 4)	
calcium 600 + minerals 600 mg calcium-400 unit tablet	\$0 (Nivel 4)	
calcium 600 with vitamin d3 600 mg (1,500 mg)-200 unit tablet	\$0 (Nivel 4)	
CALCIUM 600-D3 PLUS 600 MG CALCIUM-800 UNIT-50 MG 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-magnesium-zinc 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)	
qc calcium 600 mg-vit d tab	\$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 citrate + d 315 mg-200 unit tablet	\$0 (Nivel 4)	
calcium citrate - vit d caplet; gnp calcium citrate-vit d3 tab; hm calcium citrate-vit d3 tab	\$0 (Nivel 4)	
calcium gluconate 500 mg tab	\$0 (Nivel 4)	
calcium magnesium + d 400 mg-167 mg-133 unit tablet	\$0 (Nivel 4)	
calcium polycarbophil 625 mg	\$0 (Nivel 4)	
calcium with vitamin d 600 mg (1,500 mg)-400 unit tablet	\$0 (Nivel 4)	
eql calcium 500-vit d3 200 cpt	\$0 (Nivel 4)	
calcium-magnesium-zinc tablet	\$0 (Nivel 4)	
calcium-vit d3-vit k soft chew	\$0 (Nivel 4)	
calphron 667 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
CALTRATE 600 + D 600 MG (1,500 MG)-800 UNIT CHEWABLE TABLET	\$0 (Nivel 4)	
CALTRATE 600+D PLUS MINERALS 600 MG CALCIUM-800 UNIT-40 MG CHEW TABLET; CALTRATE 600+D PLUS MINERALS 600 MG CALCIUM-800 UNIT-50 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
CALTRATE WITH VITAMIN D3 600 MG (1,500 MG)-800 UNIT 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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>calvite p&d tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
CAPZASIN-HP 0.1 % TOPICAL CREAM	\$0 (Nivel 4)	
<i>carbamoxide ear drops 6.5 %</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>centamin 9 mg iron/15 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>ra central-vite tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>ra central-vite men's tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>eql central-vite select tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>ra central-vite senior tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>eql central-vite tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>central-vite women's mature 8 mg iron-400 mcg-300 mcg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>centram-care 9 mg iron/15 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
CENTRUM 3,500 UNIT-18 MG-0.4 MG CHEWABLE TABLET	\$0 (Nivel 4)	
<i>centrum 9 mg iron/15 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>centrum complete 18 mg-400 mcg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
CENTRUM KIDS 18 MG IRON CHEWABLE TABLET	\$0 (Nivel 4)	
CENTRUM MEN 8 MG IRON-200 MCG-600 MCG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
CENTRUM SILVER 400 MCG-250 MCG CHEWABLE TABLET	\$0 (Nivel 4)	
CENTRUM SILVER ULTRA MEN'S 300 MCG-600 MCG-300 MCG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
CENTRUM SILVER WOMEN 8 MG IRON-400 MCG-300 MCG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
CENTRUM SPECIALIST PRENATAL 27 MG IRON-800 MCG-200 MG ORAL PACK	\$0 (Nivel 4)	
CENTRUM ULTRA MEN'S 8 MG IRON-200 MCG-600 MCG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
<i>century 18 mg-400 mcg tablet; eql century multi-vitamin tab</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>century adults 50+ 0.4 mg-300 mcg-250 mcg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>century cardio 3 mg-200 mcg-400 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>eql century cardio hlth formla</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>century mature 0.4 mg-300 mcg-250 mcg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>century ultimate men's 300 mcg-600 mcg-300 mcg tablet; century ultimate men's 8 mg iron-200 mcg-600 mcg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>century ultimate women's 18 mg-400 mcg tablet; century ultimate women's 18-400 mg-mcg, 8 mg iron-400 mcg-300 mcg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
CERAVE BABY MOISTURIZING 1 % LOTION	\$0 (Nivel 4)	
CEROVITE LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
CEROVITE ADVANCED FORMULA 18 MG-400 MCG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
<i>cerovite jr chewable tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
CEROVITE SENIOR 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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>certa plus 18 mg-0.4 mg-250 mcg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
CERTAVITE SENIOR-ANTIOXIDANT 0.4 MG-300 MCG-250 MCG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
<i>certavite-antioxidant liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>certavite-antioxidant 18 mg-400 mcg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>cetirizine hcl 1 mg/ml soln ^{EC}</i>	\$0 (Nivel 1)	LC (300 cada 30 días)
<i>cetirizine hcl 10 mg, 5 mg chew tab; cetirizine hcl 10 mg, 5 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
CHERRY FLAVOR LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
<i>eql chewable multi vitamin tab</i>	\$0 (Nivel 4)	
CHEWABLE-VITE TABLET	\$0 (Nivel 4)	
CHEWABLE-VITE WITH IRON TABLET	\$0 (Nivel 4)	
<i>children's allergy relief (cetirizine) 1 mg/ml oral solution; children's allergy relief (cetirizine) 10 mg chewable tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>cvs child aspirin chew tab</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>children's mucinex chest congestion 100 mg/5 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>child mucus relief expectorant 100 mg/5 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>children's pain reliever and fever reducer 120 mg rectal suppository</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>child vitamin with minerals chewable tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>children's all day allergy (cetirizine) 1 mg/ml oral solution</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>child chewable vitamins with iron tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>child's vitamin with iron chewable tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>children's acetaminophen 80 mg chewable tablet; children's acetaminophen 80 mg disintegrating tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>children's aller-tec 1 mg/ml oral solution</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>children's allergy (diphenhydramine) 12.5 mg/5 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>children's allergy complete 1 mg/ml oral solution</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>children's allergy relief (loratadine) 5 mg/5 ml oral solution</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>children's allergy (cetirizine) 1 mg/ml oral solution</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>children's aspirin 81 mg chewable tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>children's cetirizine 1 mg/ml oral solution; children's cetirizine 10 mg, 5 mg chewable tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>children's chest congestion 100 mg/5 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>children's chewable complete 9 mg iron-200 mcg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>children's chewable multivitamin 300 mcg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>children's chewable vitamin tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>eql childs multivit-mineral tb</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>children's chewables 300 mcg 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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>children's chewables extra c 300 mcg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>children's chewables with iron 15 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
CHILDREN'S CLARITIN 5 MG CHEWABLE TABLET; CHILDREN'S CLARITIN 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 4)	
<i>children's fever reducing 120 mg rectal suppository</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>children's iron 15 mg iron (75 mg)/ml oral drops</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>eql child's multivit tab chew</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>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</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>children's pain relief 160 mg/5 ml oral suspension; eql child pain rlf 160 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>children's pain reliever 160 mg/5 ml oral suspension; children's pain reliever 80 mg disintegrating tablet; sm pain reliever chew tab</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>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</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>children's q-pap 160 mg/5 ml</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>children's saline nasal spray 0.65 % aerosol</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>children's silapap 160 mg/5 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>children's tactinal 80 mg chewable tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>children's wal-dryl allergy 12.5 mg/5 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>children's wal-zyr 1 mg/ml oral solution; children's wal-zyr 10 mg chewable tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
CHILDREN'S ZYRTEC ALLERGY 1 MG/ML ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 4)	
<i>childs chew vite tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>childs/iron chewable tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>chlorhexidine 4% scrub</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>gnp vitamin d3 400 unit tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>citracal with vitamin d maximum 315 mg-250 unit tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
CITRACAL WITH VITAMIN D PETITES 200 MG CALCIUM-250 UNIT TABLET	\$0 (Nivel 4)	
<i>citracal regular 250 mg calcium-200 unit tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>citrucel 500 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
CITRUCEL (SUCROSE) ORAL POWDER	\$0 (Nivel 4)	
CITRUCEL SUGAR FREE ORAL POWDER	\$0 (Nivel 4)	
<i>citrus calcium 200 mg calcium-250 unit tablet; citrus calcium 315 mg-250 unit 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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
CLARITIN 10 MG TABLET; CLARITIN 5 MG/5 ML ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 4)	
CLARITIN REDITABS 10 MG, 5 MG DISINTEGRATING TABLET	\$0 (Nivel 4)	
<i>clearasil daily clear (benzoyl peroxide) 10 % topical cream</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>clearlax 17 gram/dose oral powder</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>clotrim 1% vaginal cream</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>clotrimazole 1% cream; clotrimazole 1% solution; clotrimazole 10 mg troche ^{EC}</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>clotrimazole 3 day 2 % vaginal cream</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>clotrimazole af 1 % topical cream</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>clotrimazole-3 2 % vaginal cream</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>clotrimazole-7 1 % vaginal cream</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>cod liver oil 1,250 unit-135 unit capsule; cod liver oil capsule</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>col-rite 100 mg, 250 mg capsule</i>	\$0 (Nivel 4)	
COLACE 100 MG CAPSULE	\$0 (Nivel 4)	
COLACE CLEAR 50 MG CAPSULE	\$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)	
<i>comfort gel 200 mg-200 mg-20 mg/5 ml oral suspension</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>comfort gel extra strength 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral suspension</i>	\$0 (Nivel 4)	
COMPETE TABLET	\$0 (Nivel 4)	
<i>complete 18 mg-500 mcg-300 mcg-250 mcg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>complete 50+ 0.4 mg-300 mcg-250 mcg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>complete allergy 12.5 mg/5 ml oral liquid; complete allergy 25 mg capsule; complete allergy 25 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>complete allergy medicine 25 mg capsule; complete allergy medicine 25 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>complete lice treatment 4 %-0.33 %-0.5 % topical kit</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>complete men 8 mg iron-200 mcg-600 mcg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>complete multi 18 mg-500 mcg-300 mcg-250 mcg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>complete multi 50+ 500 mcg-300 mcg-250 mcg 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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
complete multivitamin 0.4 mg-300 mcg-250 mcg tablet; complete multivitamin tablet	\$0 (Nivel 4)	
complete multivitamin-multimineral 18 mg-400 mcg tablet	\$0 (Nivel 4)	
complete senior 0.4 mg-300 mcg-250 mcg tablet	\$0 (Nivel 4)	
complete women 18 mg-400 mcg tablet	\$0 (Nivel 4)	
compound w 17 % topical liquid	\$0 (Nivel 4)	
CONDOMS-PREM LUBRICATED	\$0 (Nivel 4)	
cool bottoms 1 % topical cream	\$0 (Nivel 4)	
corn-callus remover 17 % topical liquid	\$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 control dm 10 mg-100 mg/5 ml syrup; sb cough control dm liquid	\$0 (Nivel 4)	
cough formula dm 10 mg-100 mg/5 ml syrup	\$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)	
cough syrup dm 10 mg-100 mg/5 ml	\$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)	
daily multi-vitamins/iron tablet	\$0 (Nivel 4)	
daily multiple 18 mg-400 mcg tablet; daily multiple 400 mcg-120 mg tablet; daily multiple tablet	\$0 (Nivel 4)	
daily multiple for men 0.4 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
cvs daily multiple vitamin tab	\$0 (Nivel 4)	
daily multiple for women 18 mg iron-400 mcg-500 mg ca tablet	\$0 (Nivel 4)	
daily multiple for women 50+ 0.4 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
daily multiple vitamins with iron 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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>daily multivitamin with iron 18 mg-400 mcg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>daily multivitamin-minerals tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>daily value tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>daily vitamin formula tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>daily vitamin formula-iron 18 mg-400 mcg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>daily vitamin formula-minerals tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>daily vitamin with iron tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>daily vitamin with iron and ca tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
DAILY VITES/IRON TABLET	\$0 (Nivel 4)	
DAILY-VITE TABLET	\$0 (Nivel 4)	
DEBROX 6.5 % EAR DROPS	\$0 (Nivel 4)	
<i>deep sea nasal 0.65 % spray aerosol</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>delta d3 400 unit tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>dermafungal 2 % topical ointment</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>dermarest eczema (hydrocortisone) 1 % lotion</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>desenex 2 % topical powder</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>dex4 glucose 4 gram chewable tablet; dex4 glucose 40 % oral gel</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>dex4 glucose pouch pack 4 gram chewable tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>dex4 glucose quick dissolve 4 gram chewable tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>guaifenesin dm 400-20 mg tab; guaifenesin dm syrup</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>cvs glucose 40% gel</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>diabetic siltussin das-na 100 mg/5 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>diabetic siltussin-dm 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>diabetic siltussin-dm max str 10 mg-200 mg/5 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>diabetic tussin dm 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>dialyvite 800 0.8 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
DIALYVITE 800 WITH ZINC 15 0.8 MG-15 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
DIALYVITE 800 WITH ZINC 50 0.8 MG-50 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
<i>diamode 2 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>diarrhea relief (bismuth subsalicylate) 262 mg/15 ml oral suspension</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>dibucaine 1% ointment</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>digestive relief 262 mg chewable tablet; digestive relief 262 mg tablet; digestive relief 262 mg/15 ml oral suspension</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>dino-life chewable tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>dino-life with extra c chewable 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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
dino-life with iron-zinc chewable tablet	\$0 (Nivel 4)	
DIOCTO 50 MG/5 ML ORAL LIQUID; DIOCTO 60 MG/15 ML SYRUP	\$0 (Nivel 4)	
dioctyl 60 mg/15 ml syrup	\$0 (Nivel 4)	
diotame 262 mg chewable tablet	\$0 (Nivel 4)	
diphedryl 12.5 mg/5 ml oral liquid; diphedryl 25 mg capsule; diphedryl 25 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
diphedryl allergy 12.5 mg/5 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
diphenhist 12.5 mg/5 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
diphenhydramine 12.5 mg/5 ml; diphenhydramine 25 mg caplet; diphenhydramine 25 mg, 50 mg capsule; diphenhydramine cough syrup	\$0 (Nivel 4)	
enema ready to use	\$0 (Nivel 4)	
doc-q-lace 100 mg capsule	\$0 (Nivel 4)	
doc-q-lax tablet	\$0 (Nivel 4)	
docu 50 mg/5 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
docuprene 100 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
docusate cal 240 mg softgel	\$0 (Nivel 4)	
docusate sod 60 mg/15 ml syr; docusate sodium 100 mg tablet; docusate sodium 100 mg, 250 mg softgel	\$0 (Nivel 4)	
docusil 100 mg capsule	\$0 (Nivel 4)	
dok 100 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
dok plus 8.6 mg-50 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
double antibiotic 500 unit-10,000 unit/gram topical ointment	\$0 (Nivel 4)	
double antibiotic (bacitrcn zn) 500 unit-10,000 unit/gram top ointment	\$0 (Nivel 4)	
DRAMAMINE 50 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
dramamine less drowsy 25 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
driminate 50 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
ducodyl 5 mg tablet, delayed release	\$0 (Nivel 4)	
DULCOLAX (BISACODYL) 10 MG RECTAL SUPPOSITORY; DULCOLAX (BISACODYL) 5 MG TABLET, DELAYED RELEASE	\$0 (Nivel 4)	
dulcolax stool softener (docusate) 100 mg capsule	\$0 (Nivel 4)	
duofilm 17 % topical liquid	\$0 (Nivel 4)	
dyna-hex 4 % topical liquid	\$0 (Nivel 4)	
e.c. prin 325 mg tablet, delayed release	\$0 (Nivel 4)	
ear care 200 mg-100 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
ear drops otc 6.5 %	\$0 (Nivel 4)	
ear health formula 200 mg-100 mg tablet; ear health formula 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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
ear wax removal kit 6.5 % drops	\$0 (Nivel 4)	
ear wax removal system 6.5 % drops	\$0 (Nivel 4)	
econtra ez 1.5 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
ECOTRIN 325 MG TABLET,ENTERIC COATED	\$0 (Nivel 4)	
ecotrin low strength 81 mg tablet,enteric coated	\$0 (Nivel 4)	
eczema anti-itch 1 % topical cream	\$0 (Nivel 4)	
ed-apap 160 mg/5 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
ELDERTONIC 0.5 MG-0.6 MG-7 MG-0.7 MG ORAL ELIXIR	\$0 (Nivel 4)	
heb pediatric electrolyte soln	\$0 (Nivel 4)	
emetrol 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)	
ENFAMIL ENFALYTE ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 4)	
enteric coated aspirin 81 mg tablet,delayed release	\$0 (Nivel 4)	
essentia 18 mg-400 mcg tablet	\$0 (Nivel 4)	
ESSENTIAL BALANCE WITH LUTEIN TABLET	\$0 (Nivel 4)	
ESSENTIAL DAILY 18 MG-0.4 MG TABLET	\$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)	
excedrin migraine 250 mg-250 mg-65 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
EXPECTA PRENATAL 28 MG IRON-800 MCG-200 MG ORAL PACK	\$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)	
fallback solo 1.5 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
famotidine 10 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
FANTASY CONDOM	\$0 (Nivel 4)	
feosol 325 mg (65 mg iron) tablet	\$0 (Nivel 4)	
FER-IN-SOL 15 MG IRON (75 MG)/ML ORAL DROPS	\$0 (Nivel 4)	
fer-iron 15 mg/1 ml drops	\$0 (Nivel 4)	
FEROSUL 220 MG (44 MG IRON)/5 ML ORAL ELIXIR	\$0 (Nivel 4)	
ferosul 325 mg (65 mg iron) tablet	\$0 (Nivel 4)	
ferro-time 325 mg (65 mg iron) 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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>ferrous sulf 15 mg iron/ml drp; ferrous sulf 220 mg/5 ml elix; ferrous sulf 220 mg/5 ml elix; ferrous sulf ec 324 mg tablet; ferrous sulf ec 325 mg tablet; ferrous sulfate 325 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>ferrousul 325 mg (65 mg iron) tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>fever reducer 120 mg rectal suppository</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>fever reducer an pain reliever 160 mg/5 ml oral suspension; pv pain-fever 500 mg/15ml liq</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>feverall 120 mg, 325 mg, 650 mg rectal suppository</i>	\$0 (Nivel 4)	
FEVERALL 80 MG RECTAL SUPPOSITORY	\$0 (Nivel 4)	
<i>fiber oral powder</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>fiber (calcium polycarbophil) 625 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>fiber (psyllium husk) 0.52 gram capsule</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>fiber (psyllium husk/sugar) 3.4 gram/11 gram, 3.4 gram/12 gram, 3.4 gram/7 gram oral powder</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>fiber (with aspartame) 3.4 gram/5.8 gram, 3.4 gram/5.8 gram oral powder</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>fiber laxative (calcium polycarbophil) 625 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>fiber laxative (methylcellulose) 500 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>fiber laxative (psyllium husk) 0.52 gram capsule</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>pv fiber laxative powder</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>fiber smooth oral powder</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>fiber smooth (with sucrose) oral powder</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>fiber therapy (ca polycarbophil) 625 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
FIBER THERAPY (METHYLCELLULOSE-SUGAR) 2 GRAM/19 GRAM ORAL POWDER	\$0 (Nivel 4)	
<i>pv fiber therapy powder</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>fiber therapy (methylcellulose) 500 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>fiber therapy laxative (psyllium husk) 0.52 gram capsule</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>pv fiber therapy powder</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>fiber therapy (psyllium seed-sucrose) oral powder</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>fiber-caps (psyllium husk) 0.52 gram capsule</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>fiber-lax 625 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>fiber-tabs 625 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
FIBERCON 625 MG TABLET	\$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)	

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



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<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)	
FLAVOR SWEET ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
FLAVOR SWEET-SF ORAL LIQUID	\$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 PEDIATRIC 9.5 GRAM-3.5 GRAM/59 ML ENEMA	\$0 (Nivel 4)	
<i>flintstones complete (iron) chewable tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
FLINTSTONES MULTIVITAMIN 300 MCG CHEWABLE TABLET	\$0 (Nivel 4)	
<i>flintstones multivitamin chewable tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
FLINTSTONES WITH IRON 18 MG IRON CHEWABLE TABLET	\$0 (Nivel 4)	
<i>flintstones/extra c chewable tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<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>gnp folic acid 400 mcg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>formula em oral solution</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>full spectrum b-vitamin c 0.8 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
FULLER'S EARTH POWDER	\$0 (Nivel 4)	
FUNGOID TINCTURE 2 % TOPICAL; FUNGOID TINCTURE 2 % TOPICAL KIT	\$0 (Nivel 4)	
<i>g-tron 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>gavilax 17 gram/dose oral powder</i>	\$0 (Nivel 4)	
GAVISCON 80 MG-14.2 MG CHEWABLE TABLET; GAVISCON 95 MG-358 MG/15 ML ORAL SUSPENSION	\$0 (Nivel 4)	
GAVISCON 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>gentle tears 0.1 %-0.3 % eye drops</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>gentle laxative 10 mg rectal suppository; gentle laxative 5 mg tablet, delayed 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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
gentlelax 17 gram/dose oral powder	\$0 (Nivel 4)	
geravim liquid	\$0 (Nivel 4)	
geri-dryl 25 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
geri-kot 8.6 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
geri-lanta 200 mg-200 mg-20 mg/5 ml oral suspension	\$0 (Nivel 4)	
geri-mucil 3.4 gram/5.8 gram oral powder	\$0 (Nivel 4)	
geri-pectate 262 mg/15 ml oral suspension	\$0 (Nivel 4)	
geri-tussin 100 mg/5 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
geri-tussin dm 10 mg-100 mg/5 ml syrup	\$0 (Nivel 4)	
geriaton oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
GERITOL COMPLETE 16 MG IRON-0.38 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
GERITOL TONIC WITH FERREX 18 2.5 MG-50 MG-18 MG IRON/15 ML ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
gluco burst 40 % oral gel	\$0 (Nivel 4)	
cvs glucose 4 gram tablet chew	\$0 (Nivel 4)	
glucose gel 40 % oral gel	\$0 (Nivel 4)	
glutose 15 40 % oral gel	\$0 (Nivel 4)	
glutose 45 40 % oral gel	\$0 (Nivel 4)	
glycerin 99.5% liquid; pv glycerin liquid	\$0 (Nivel 4)	
gnp glycerin suppository	\$0 (Nivel 4)	
GLYCERIN LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
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)	
guaiasorb dm 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-dm solution	\$0 (Nivel 4)	
gummi bear multivitamin chewable tablet	\$0 (Nivel 4)	
gyne-lotrimin 2 % vaginal cream	\$0 (Nivel 4)	
gyne-lotrimin 7 1 % vaginal cream	\$0 (Nivel 4)	
hair vitamins tablet	\$0 (Nivel 4)	
hair, skin and nails advanced 3.3 mg iron-25 mcg tablet	\$0 (Nivel 4)	
headache formula tablet	\$0 (Nivel 4)	
headache relief (asa-acetaminophn-caffeine) 250 mg-250 mg-65 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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
healthy eyes 1,000 unit-200 mg-60 unit-2mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
healthy eyes supervision 14,320 unit-226 mg-200 unit capsule	\$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 (famotidine) 10 mg, 20 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
heartburn relief (ranitidine) 150 mg, 75 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
hemorrhoid ointment	\$0 (Nivel 4)	
hi-b complex tablet	\$0 (Nivel 4)	
hi-cal plus vit d 500 mg (1,250 mg)-200 unit tablet	\$0 (Nivel 4)	
HIBICLENS 4 % TOPICAL LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
high potency capsaicin 0.1 % topical cream	\$0 (Nivel 4)	
honey bears chewable tablet	\$0 (Nivel 4)	
honey bears with iron-zinc chewable tablet	\$0 (Nivel 4)	
hospital antiseptic soln	\$0 (Nivel 4)	
HYDROCIL ORAL POWDER	\$0 (Nivel 4)	
hydrocortisone 1% cream; hydrocortisone 1% ointment; hydrocortisone 100 mg/60 ml; hydrocortisone 2.5% cream; hydrocortisone 2.5% lotion; hydrocortisone 2.5% ointment ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
gnp hydrocort acetate 1% cr; gnp hydrocortisone 0.5% crm	\$0 (Nivel 4)	
hydrocortisone plus 1 % topical cream	\$0 (Nivel 4)	
eq hydrocortisone-aloe 1% crm	\$0 (Nivel 4)	
hydrocream 1 % topical	\$0 (Nivel 4)	
hydroskin with aloe 1 % cream	\$0 (Nivel 4)	
i-prin 200 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
I-VITE 1,000 UNIT-200 MG-60 UNIT-2MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
i-vite protect 7,160 unit-113 mg-100 unit tablet	\$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 ib 100 mg chewable tablet; ibuprofen ib 200 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
ICAPS 3,300 UNIT-5 MG-200MG-75 UNIT TABLET,EXTENDED RELEASE	\$0 (Nivel 4)	
icaps areds 14,320 unit-226 mg-200 unit capsule	\$0 (Nivel 4)	
ICAPS AREDS 7,160 UNIT-113 MG-100 UNIT TABLET,DELAYED RELEASE	\$0 (Nivel 4)	
ICAPS MV 100 MCG-1.66 MG-0.83 MG TABLET,DELAYED RELEASE	\$0 (Nivel 4)	
IMODIUM A-D 1 MG/7.5 ML ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
infant fever reducer-pain relief 160 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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>infant pain reliever 160 mg/5 ml oral suspension</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>infant's acetaminophen 160 mg/5 ml oral suspension</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>pv infant non-asa 80 mg/0.8 ml</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>infant's pain relief 160 mg/5 ml oral suspension; infant's pain relief 80 mg/0.8 ml oral drops,suspension</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>infant's pain reliever 80 mg/0.8 ml oral drops,suspension</i>	\$0 (Nivel 4)	
INFANT'S TYLENOL 160 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	\$0 (Nivel 4)	
<i>infants' pain and fever 160 mg/5 ml oral suspension</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>infants' pain relief 160 mg/5 ml oral suspension</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>insect repellent (deet) 15 % topical spray</i>	\$0 (Nivel 4)	
INSECT REPELLENT (PICARIDIN) 20 % TOPICAL SPRAY WITH PUMP	\$0 (Nivel 4)	
INSTA-GLUCOSE 24 GRAM/31 GRAM ORAL GEL	\$0 (Nivel 4)	
<i>inzo antifungal 2 % topical cream</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>iophen dm-nr liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>iophen nr liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>iron 15 mg/ml drops; iron 325 mg (65 mg iron) tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>iron (ferrous sulfate) 325 mg (65 mg iron) tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
GNP ISOPROPYL ALCOHOL 91%; GNP ISOPROPYL ALCOHOL 99%; SWAN ISOPROPYL ALCOHOL 70%	\$0 (Nivel 4)	
<i>itch relief (clotrimazole) 1 % topical cream</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>jock itch (clotrimazole) 1 % topical cream</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>jock itch (terbinafine) 1 % topical cream</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)	
KAOPECTATE (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>pv kid's vit complete tab chew</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>kid's vit + extra c chew tab</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>pv kid's vit + iron tab chew</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>pv kids vitamins+iron tab chew</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>pv kids vitamins complete</i>	\$0 (Nivel 4)	
KIMONO CONDOMS(NON-LUBRICATED)	\$0 (Nivel 4)	
KIMONO MAXX CONDOMS	\$0 (Nivel 4)	
KIMONO MICROTHIN AQUA LUBE CONDOM	\$0 (Nivel 4)	
KIMONO MICROTHIN CONDOMS	\$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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
KIMONO MICROTHIN LARGE CONDOMS	\$0 (Nivel 4)	
KIMONO TEXTURED CONDOMS	\$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)	
KONSYL EASY MIX 4.3 GRAM/6 GRAM ORAL POWDER	\$0 (Nivel 4)	
<i>konsyl fiber 625 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
KONSYL FORMULA-D 3.4 GRAM/6.5 GRAM ORAL POWDER	\$0 (Nivel 4)	
<i>konsyl sugar-free 0.52 gram capsule</i>	\$0 (Nivel 4)	
KONSYL SUGAR-FREE 6 GRAM/6 GRAM ORAL POWDER	\$0 (Nivel 4)	
KONSYL SUGAR-FREE (ASPARTAME) 3.5 GRAM/5.8 GRAM ORAL POWDER	\$0 (Nivel 4)	
<i>lamisil at 1 % topical cream</i>	\$0 (Nivel 4)	
<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 dietary supplement 500 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>laxative peg 3350 17 gram/dose oral powder</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-4 4 % topical cream</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>lc-5 5 % topical cream</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>levonorgestrel 1.5 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>lice bedding spray 0.5 % aerosol</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>lice complete kit 1-2-3 4 %-0.33 %-0.5 % topical kit</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>lice killing 0.33 %-4 % shampoo</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>lice killing (permethrin) 1 % topical liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>lice pyrinyl shampoo 0.33 %-4 %</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>lice solution 4 %-0.33 %-0.5 % topical kit</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>lice treatment 0.33 %-4 % shampoo; lice treatment 1 % topical liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>lice treatment (permethrin) 1 % topical liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
LICIDE 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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>lidocaine 4% cream; lidocaine anorectal 5% cream</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>lidocream 4% cream</i>	\$0 (Nivel 4)	
LIPO-FLAVONOID PLUS 200 MG-100 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
<i>liquid antacid 200 mg-200 mg-20 mg/5 ml oral suspension; liquid antacid 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral suspension</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>liquid corn and callus remover 17 % topical</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>liquitears 1.4 % eye drops</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>lite coat aspirin 325 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
LITTLE ANIMALS CHEWABLE TABLET	\$0 (Nivel 4)	
<i>little animals-iron chewable tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>little remedies 0.65 % nasal spray aerosol</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>little remedies fever and pain reliever 160 mg/5 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
LMX 4 4 % TOPICAL CREAM	\$0 (Nivel 4)	
LMX 5 5 % TOPICAL CREAM	\$0 (Nivel 4)	
<i>loperamide 1 mg/5 ml solution; loperamide 2 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>loperamide 2 mg capsule ^{EC}</i>	\$0 (Nivel 1)	
<i>loradamed 10 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>loratadine 10 mg, 10 mg tablet; loratadine 5 mg/5 ml syrup; sm loratadine 10 mg, 10 mg odt</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>lotrimin af 2 % topical powder; lotrimin af 2 % topical spray</i>	\$0 (Nivel 4)	
LOTRIMIN AF (CLOTRIMAZOLE) 1 % TOPICAL CREAM	\$0 (Nivel 4)	
<i>lubricant eye 57.3 %-42.5 % ointment; lubricant eye 83 %-15 % ointment</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>pv lubricant 1.4 % eye drops</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>lubrifresh pm 83 %-15 % eye ointment</i>	\$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)	
<i>maalox maximum strength 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral suspension</i>	\$0 (Nivel 4)	
MAG-AL PLUS 200 MG-200 MG-20 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	\$0 (Nivel 4)	
<i>mag-al plus extra strength 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral suspension</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>maglox 200 mg-200 mg-20 mg/5 ml oral suspension</i>	\$0 (Nivel 4)	
MAGNEBIND 300 250 MG-300 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
<i>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</i>	\$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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
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 extra strength 500 mg tablet	\$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 daily multivitamin 18 mg-0.4 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
meclizine 12.5 mg, 25 mg tablet ^{EC}	\$0 (Nivel 1)	
meclizine 25 mg tablet chew	\$0 (Nivel 4)	
medi-laxx tablet	\$0 (Nivel 4)	
medi-meclizine 25 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
mediproxen 220 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
mega multi for women 13.5 mg-200 mcg-250 mcg tablet	\$0 (Nivel 4)	
mega multiple/chelated mineral tablet	\$0 (Nivel 4)	
mega multivitamin for men 200 mcg-175 mcg-250 mcg tablet	\$0 (Nivel 4)	
mega multivitamin with minerals 13.5 mg-200 mcg-250 mcg tablet; mega multivitamin-mineral tab	\$0 (Nivel 4)	
men 50 plus multivitamin 300 mcg-600 mcg-300 mcg tablet	\$0 (Nivel 4)	
men's multi-vitamin tablet	\$0 (Nivel 4)	
men's one daily tablet	\$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 powder	\$0 (Nivel 4)	
METAMUCIL SUGAR-FREE (ASPARTAME) 3.4 GRAM/5.8 GRAM ORAL POWDER	\$0 (Nivel 4)	
METHYLCELLULOSE 2% GEL	\$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)	
micatin 2 % topical cream	\$0 (Nivel 4)	
miconazole 7 100 mg vaginal suppository; miconazole 7 2 % vaginal cream	\$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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
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)	
milltrium senior tablet	\$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)	
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)	
motion sickness (meclizine) 25 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
motion sickness ii 25 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
motion sickness relief 50 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
pv motion sickness rel ii tab	\$0 (Nivel 4)	
motion sickness relief (meclizine) 25 mg chewable tablet; motion sickness relief (meclizine) 25 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
motion-time 25 mg chewable tablet	\$0 (Nivel 4)	
MOUTHPIECE DEVICE	\$0 (Nivel 4)	
move it along 100 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
multi complete with iron 18 mg-400 mcg tablet	\$0 (Nivel 4)	
multi-day with iron 18 mg-400 mcg tablet	\$0 (Nivel 4)	
multi-delyn liquid	\$0 (Nivel 4)	
MULTI-DELYN WITH IRON 10 MG IRON/5 ML ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
MULTILEX 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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
MULTILEX-T AND M TABLET	\$0 (Nivel 4)	
multiple vitamin, womens tablet	\$0 (Nivel 4)	
multiple vitamin-minerals tablet	\$0 (Nivel 4)	
multiple vitamins tablet	\$0 (Nivel 4)	
multivit-iron child tab chew	\$0 (Nivel 4)	
pv multivital tablet	\$0 (Nivel 4)	
pv multivital platinum tablet	\$0 (Nivel 4)	
multivitamins tablet	\$0 (Nivel 4)	
multivitamin 50 plus tablet	\$0 (Nivel 4)	
pv daily multivitamin-iron tab	\$0 (Nivel 4)	
multivit-minerals tablet; multivitamin with minerals 9 mg iron/15 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
multivitamin-calcium-iron tab	\$0 (Nivel 4)	
MURINE EAR 6.5 % DROPS	\$0 (Nivel 4)	
murine ear wax removal system 6.5 % drops	\$0 (Nivel 4)	
muro 128 2 % eye drops; muro 128 5 % eye ointment	\$0 (Nivel 4)	
MURO 128 5 % EYE DROPS	\$0 (Nivel 4)	
pv muscle relief 0.075% cream	\$0 (Nivel 4)	
MX-SOL ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
my favorite multiple oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
MYKIDZ IRON SUSPENSION	\$0 (Nivel 4)	
naproxen sodium 220 mg caplet	\$0 (Nivel 4)	
nasal allergy symptom control 5.2 mg/spray (4 %) spray	\$0 (Nivel 4)	
nasal-sinus decongest tab	\$0 (Nivel 4)	
nasal antiseptic swabs 10 %	\$0 (Nivel 4)	
nasal decongestant (pseudoephedrine) 120 mg tablet, extended release; nasal decongestant (pseudoephedrine) 30 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
nasal moisturizing 0.65 % spray aerosol	\$0 (Nivel 4)	
nasal spray (sodium chloride) 0.65 % aerosol	\$0 (Nivel 4)	
NASALCROM 5.2 MG/SPRAY (4 %) SPRAY	\$0 (Nivel 4)	
NATRAPEL 20 % TOPICAL SPRAY	\$0 (Nivel 4)	
natura-lax 17 gram/dose oral powder	\$0 (Nivel 4)	
v-r natural b-100 tablet	\$0 (Nivel 4)	
natural balance tears drops	\$0 (Nivel 4)	
natural balance tears 0.1 %-0.3 % 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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>natural 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 laxative (aspartame) oral powder</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 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>natural vegetable powder 3.4 gram/12 gram oral</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>nature's tears 0.1 %-0.3 % eye drops</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)	
NEOSPORIN (NEO-BAC-POLYM) 3.5 MG-400 UNIT-5,000 UNIT/GRAM TOP OINTMENT	\$0 (Nivel 4)	
<i>neosporin 1% anti-itch cream</i>	\$0 (Nivel 4)	
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)	
NEPHRONEX 900 MCG/5 ML ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
<i>neutrathor 1 % topical cream</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>nighttime allergy relief 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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>nighttime sleep-aid (doxylamine) 25 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
NIX CREME RINSE 1 % TOPICAL LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
<i>noble formula hc 1 % topical cream</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>non-aspirin 160 mg/5 ml oral elixir; non-aspirin 160 mg/5 ml oral suspension; non-aspirin 325 mg tablet; non-aspirin 80 mg chewable tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>non-aspirin child 120 mg sup</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>non-aspirin 500 mg softgel; non-aspirin extra strength 500 mg tablet; non-aspirin extra strength 500 mg/15 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>non-aspirin pain relief 325 mg, 500 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>non-drowsy allergy 10 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>nortemp 160 mg/5 ml oral suspension; nortemp 80 mg/0.8 ml oral drops</i>	\$0 (Nivel 4)	
NOVAFERRUM PEDIATRIC 10 MG IRON/ML ORAL DROPS	\$0 (Nivel 4)	
<i>nts step 1 21 mg/24 hr transdermal 24 hour patch</i>	\$0 (Nivel 4)	
NUTRISOURCE FIBER ORAL POWDER	\$0 (Nivel 4)	
<i>nuzole 2% cream</i>	\$0 (Nivel 4)	
OCEAN FOR KIDS 0.65% NASAL SPY	\$0 (Nivel 4)	
OCEAN NASAL 0.65 % SPRAY AEROSOL	\$0 (Nivel 4)	
<i>ocutabs tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>ocuvite with lutein 1,000 unit-200 mg-60 unit-2mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>off active 15 % topical spray</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>off deep woods 25 % topical pump spray; off deep woods 25 % topical spray</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>off deep woods dry 25 % topical spray powder</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>off deep woods sportsmen 25 %, 98.25 % topical spray pump; off deep woods sportsmen 30 % topical spray</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>off familycare (with deet) 15 % topical spray powder; off familycare (with deet) 5 %, 7 % topical spray</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>omnicap 0.4 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
ONCCOR 200 MCG-10 MCG-10 MCG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
<i>once daily tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>oncovite tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>one daily 0.4 mg-600 mcg tablet; one daily 300 mg-18 mg-400 mcg-50 mg tablet; one daily tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>one daily calcium/iron tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
ONE DAILY COMPLETE 18 MG-0.4 MG TABLET; ONE DAILY COMPLETE 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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>one daily energy tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>one daily essential 0.4 mg tablet; one daily essential tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>one daily for men 0.4 mg-600 mcg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>one daily for men 50+ advanced 400 mcg-600 mcg-120 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>one daily for women 18 mg-0.4 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>one daily maximum 18 mg-0.4 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>eql one daily maximum tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>one daily men's 50+ 400 mcg-600 mcg-120 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>one daily multivitamins with minerals tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>one daily multivitamin with iron (folic acid) 18 mg-400 mcg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>one daily multivitamin tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>one daily plus iron 18 mg-400 mcg tablet; ra one daily plus iron tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>one daily plus minerals tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>one daily with iron tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>one daily women 50 plus 400 mcg-120 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>one daily women's 18 mg iron-400 mcg-450 mg ca, 27-0.4 mg tablet; one daily women's 27 mg-0.4 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>one daily women's health 18 mg iron-400 mcg-450 mg ca tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>one daily women's metabolism 300 mg-18 mg-400 mcg-50 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
ONE WAY VALVED MOUTHPIECE DEVICE	\$0 (Nivel 4)	
ONE-A-DAY CHOLESTEROL PLUS 0.4 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
<i>one-a-day essential tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>one-a-day maximum formula tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>one-a-day teen advantage 18 mg-400 mcg tablet; one-a-day teen advantage 18-400 mg-mcg, 9 mg iron-400 mcg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
ONE-A-DAY WOMENS FORMULA 18 MG IRON-400 MCG-500 MG CA TABLET	\$0 (Nivel 4)	
<i>opcicon one-step 1.5 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>opti-vitamins 1,000 unit-200 mg-60 unit-2mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
ORA-PLUS ORAL SUSPENSION	\$0 (Nivel 4)	
ORA-SWEET ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
ORA-SWEET SF ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
ORAL SUSPEND ORAL	\$0 (Nivel 4)	
ORAL SYRUP ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
ORAL SYRUP SF ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
<i>oralyte oral 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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>os-cal 500 + d3 500 mg (1,250 mg)-200 unit tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
OS-CAL 500 + D3 500 MG (1,250 MG)-600 UNIT TABLET	\$0 (Nivel 4)	
<i>oysco 500/d 500 mg (1,250 mg)-200 unit tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>oysco-500 500 mg calcium (1,250 mg) tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>oyster shell + d3 250 mg-125 unit tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>oyster shell calcium 500 mg calcium (1,250 mg) tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>oyster shell calcium 500 500 mg calcium (1,250 mg) tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>oyster shell calcium-vit d tab</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>oyster shell calcium-vitamin d3 250 mg-125 unit tablet; oyster shell calcium-vitamin d3 500 mg (1,250 mg)-400 unit tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>oystercal-d 500 mg (1,250 mg)-400 unit tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
PAIN AND FEVER 325 MG, 500 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
<i>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</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>pain relief (acetaminophen-aspirin-caff) 250 mg-250 mg-65 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>pain relief adult 500 mg/15 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>pain relief extra strength 500 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>pain relief regular strength 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-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)	
PANDA MASK	\$0 (Nivel 4)	
PEDI-BORO SOAK 839 MG-1,191 MG TOPICAL POWDER IN PACKET	\$0 (Nivel 4)	
PEDIA-LAX 2.8 GRAM/2.7 ML RECTAL SOLUTION	\$0 (Nivel 4)	
<i>pediacare fever reducer 160 mg/5 ml oral suspension</i>	\$0 (Nivel 4)	
PEDIALYTE ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 4)	
PEDIALYTE ADVANCED CARE ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 4)	
PEDIALYTE FREEZER POPS ORAL SOLUTION	\$0 (Nivel 4)	
PEDIALYTE SINGLES ORAL SOLUTION	\$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>pediatric electrolyte oral solution</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>pediatric enema 9.5 gram-3.5 gram/59 ml</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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>pediatric freezer pops oral solution</i>	\$0 (Nivel 4)	
PEDIATRIC MEDIUM MASK	\$0 (Nivel 4)	
<i>sm animal shapes tab chew</i>	\$0 (Nivel 4)	
PEDIATRIC PANDA MASK	\$0 (Nivel 4)	
PEDIATRIC SMALL MASK	\$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)	
<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)	
PEPTO-BISMOL MAX ST 525 MG/15 ML ORAL SUSPENSION	\$0 (Nivel 4)	
PEPTO-BISMOL TO-GO 262 MG CHEWABLE 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)	
<i>cvs permethrin 1% lotion</i>	\$0 (Nivel 4)	
PERSA-GEL 10 % TOPICAL	\$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)	
<i>pharmacist multi-vite tab</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>phillips 500 mg tablet</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)	
PHOS-NAK 280 MG-160 MG-250 MG ORAL POWDER PACKET	\$0 (Nivel 4)	
<i>pin-x 50 mg/ml oral suspension</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>prenatal tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>pv poly bacitracin ointment</i>	\$0 (Nivel 4)	
POLY-VI-SOL 750 UNIT-35 MG-400 UNIT/ML ORAL DROPS	\$0 (Nivel 4)	
POLY-VI-SOL WITH IRON 750 UNIT-400 UNIT-10 MG/ML ORAL DROPS	\$0 (Nivel 4)	
<i>poly-vita drops</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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>poly-vita with iron drops</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>poly-vitamin drops</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>polyvitamin w-iron drops</i>	\$0 (Nivel 4)	
POLY-VITAMINS CHEWABLE TABLET	\$0 (Nivel 4)	
<i>polyethylene glycol 3350 powd^{EC}</i>	\$0 (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>polyvitamin with iron chewable tablet</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>prenatal 28 mg iron-800 mcg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>prenatal formula 28 mg iron-800 mcg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>prenatal tablet 28 mg iron-800 mcg</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>prenatal vitamins with minerals 28 mg iron-800 mcg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>prenatal tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>preparation h hydrocortisone 1 % topical cream</i>	\$0 (Nivel 4)	
PRESERVISION AREDS 14,320 UNIT-226 MG-200 UNIT CAPSULE; PRESERVISION AREDS 7,160 UNIT-113 MG-100 UNIT TABLET	\$0 (Nivel 4)	
PROFE FORTE CAPSULE	\$0 (Nivel 4)	
<i>promolaxin 100 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
PRORENAL 8 MG IRON-800 MCG-1,000 UNIT TABLET	\$0 (Nivel 4)	
PRORENAL QD 400 MCG-500 UNIT CAPSULE	\$0 (Nivel 4)	
PROSIGHT 5,000 UNIT-60 MG-30 UNIT TABLET	\$0 (Nivel 4)	
PROSIGHT WITH LUTEIN 60 MG-30 UNIT-6 MG CAPSULE	\$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>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>purelax 17 gram/dose oral powder</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)	
<i>q-tussin 100 mg/5 ml 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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
q-tussin dm syrup	\$0 (Nivel 4)	
quenalin 12.5 mg/5 ml syrup	\$0 (Nivel 4)	
quintabs-m iron free 0.4 mg tablet	\$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)	
react 1.5 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
ready-to-use enema 19 gram-7 gram/118 ml	\$0 (Nivel 4)	
recort plus 1% cream	\$0 (Nivel 4)	
rectasmoothe 5 % topical cream	\$0 (Nivel 4)	
RECTICARE 5 % TOPICAL CREAM	\$0 (Nivel 4)	
reese's pinworm medicine 50 mg/ml oral suspension	\$0 (Nivel 4)	
REFRESH LACRI-LUBE 56.8 %-42.5 % EYE OINTMENT	\$0 (Nivel 4)	
reguloid oral powder	\$0 (Nivel 4)	
reguloid capsule	\$0 (Nivel 4)	
reguloid, sugar free oral powder	\$0 (Nivel 4)	
REMEDY ANTIFUNGAL 2 % TOPICAL CREAM	\$0 (Nivel 4)	
remedy antifungal 2 % topical powder	\$0 (Nivel 4)	
remedy phytoplex antifungal 2 % topical ointment; remedy phytoplex antifungal 2 % topical powder	\$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)	
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)	
ri-mox 200 mg-200 mg-20 mg/5 ml oral suspension	\$0 (Nivel 4)	
ri-tussin 100 mg/5 ml oral liquid	\$0 (Nivel 4)	
ri-tussin dm 10 mg-100 mg/5 ml syrup	\$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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
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>risacal-d 105 mg-120 unit tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>robafen 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-chest congestion dm 10 mg-200 mg capsule; robitussin cough-chest dm liq</i>	\$0 (Nivel 4)	
RULOX 200 MG-200 MG-20 MG/5 ML ORAL SUSPENSION	\$0 (Nivel 4)	
<i>safe tussin dm 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>saline mist 0.65 % nasal spray aerosol</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>saline nasal 0.65 % spray aerosol</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>saline nasal mist 0.65 % spray aerosol</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>saline nose 0.65 % spray aerosol</i>	\$0 (Nivel 4)	
SANI-SUPP (ADULT) RECTAL	\$0 (Nivel 4)	
SANI-SUPP (INFANT) RECTAL	\$0 (Nivel 4)	
<i>scalp relief 1 % topical solution</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>scalpicin anti-itch 1 % topical solution</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>scooby-doo one a day chewable tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
SCOT-TUSSIN EXPECTORANT 100 MG/5 ML ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
<i>scrub care povidone iodine 10 % topical solution</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>sea soft 0.65% nasal mist</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>secura antifungal 2 % topical cream</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>secura antifungal extra thick 2 % topical cream</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>sen-o-tab 8.6 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>senexon 8.6 mg tablet; senexon 8.8 mg/5 ml liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>senexon-s 8.6 mg-50 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>senior tabs 0.4 mg-300 mcg-250 mcg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
SENNA 176 MG/5 ML SYRUP	\$0 (Nivel 4)	
<i>senna 8.6 mg tablet; senna 8.8 mg/5 ml syrup</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>senna lax 8.6 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>senna laxative 25 mg, 8.6 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>senna laxative-stool softener 8.6 mg-50 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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
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)	
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)	
sentry 18 mg-400 mcg tablet	\$0 (Nivel 4)	
sentry (with lutein) 18 mg-500 mcg-300 mcg-250 mcg tablet	\$0 (Nivel 4)	
sentry senior 0.4 mg-300 mcg-250 mcg tablet; sentry senior 500 mcg-300 mcg-250 mcg tablet	\$0 (Nivel 4)	
shake that ache 500 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
SIDESTREAM PEDIATRIC FACE MASK	\$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)	
SILICONE MASK - PEDIATRIC	\$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)	
SYRUP VEHICLE	\$0 (Nivel 4)	
skin protectant a and d topical ointment	\$0 (Nivel 4)	
sleep aid (doxylamine) 25 mg tablet	\$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)	
sof-lax 100 mg capsule	\$0 (Nivel 4)	
ra soluble fiber 500 mg cplt	\$0 (Nivel 4)	
soothe (bismuth subsalicylate) 262 mg chewable tablet; soothe (bismuth subsalicylate) 262 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
soothe regular strength 262 mg/15 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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<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>spectravite adult 50+ 0.4 mg-300 mcg-250 mcg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>spectravite advanced formula 18 mg-400 mcg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>spectravite men's 8 mg iron-200 mcg-600 mcg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>spectravite senior 500 mcg-300 mcg-250 mcg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>spectravite ultra men 50+ 300 mcg-600 mcg-300 mcg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>spectravite ultra men's senior 300 mcg-600 mcg-300 mcg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>spectravite ultra women 18 mg-400 mcg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>spectravite ultra women's senior 8 mg iron-400 mcg-300 mcg tablet</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)	
<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)	
<i>stop lice 0.5 % spray</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>pv stress 500 tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>pv stress 500 plus zinc tab</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>stress b with zinc tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>stress b tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>stress formula 600 c tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>stress formula with iron 500 mg-400 mcg-18 mg iron tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>stress formula with zinc tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>STUART ONE 27 MG IRON-800 MCG-200 MG CAPSULE</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>SUDAFED 30 MG TABLET</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>sudogest 30 mg, 60 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>super b complex-vitamin c tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>super b-50 complex capsule</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>super b-50 complex plus tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>super calcium 600 mg calcium (1,500 mg) tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>super multiple 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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
SUPER MULTIVITAMIN TABLET	\$0 (Nivel 4)	
<i>cvs super pain relief tab</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>super quints b-50 tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>super thera vite m tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>superplex-t tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>suphedrin 15 mg/5 ml oral liquid; suphedrin 30 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>suphedrine 30 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>suppository adult rectal</i>	\$0 (Nivel 4)	
SURFAK 240 MG CAPSULE	\$0 (Nivel 4)	
SWEEN 24 6 % TOPICAL CREAM	\$0 (Nivel 4)	
SWEET-SF ORAL LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
<i>tab-a-vite tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>tab-a-vite-minerals tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>tactinal 325 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>tactinal extra strength 500 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
TAKE ACTION 1.5 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
<i>tears again (pva) 1.4 % eye drops</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>tears naturale-ii eye drops</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>tears pure drops</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>terbinafine 1% cream</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>the magic bullet 10 mg rectal suppository</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>thera 400 mcg tablet; thera tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
THERA M PLUS (FERROUS FUMARATE) 9 MG IRON-400 MCG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
THERA-M 27 MG-0.4 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
<i>thera-m 9 mg iron-400 mcg tablet; thera-m tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>thera-tabs tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>theradex m 27 mg-0.4 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>theralogix companion 0.4 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>ra therapeutic m multivit tab</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>therapeutic-m 9 mg iron-400 mcg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>therapeutic-m vitamin/minerals 27 mg-0.4 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>theraseal 1 % topical cream</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>theratrum complete 50 plus with lutein tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>theratrum complete with lutein tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
THEREMS 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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
THEREMS-H 27 MG-0.33 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
THEREMS-M 27 MG-0.4 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
<i>cvs tioconazole 1 6.5% ointmnt</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>tioconazole-1 6.5 % vaginal ointment</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>total allergy medicine 25 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>total b/c tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>total home insect repellent 30 % topical spray</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>travel sickness 50 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>tri-biozene ointment</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>tri-buffered aspirin 325 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
TRI-VI-SOL 750 UNIT-35 MG-400 UNIT/ML ORAL DROPS	\$0 (Nivel 4)	
<i>tri-vita drops</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>tri-vitamin drops</i>	\$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)	
TROMBONEX 150 MG-150 MG-150 MG-150 MG-150 MG CAPSULE	\$0 (Nivel 4)	
TRUSTEX LATEX CONDOM	\$0 (Nivel 4)	
TRUSTEX LUBRICATED CONDOMS	\$0 (Nivel 4)	
TRUSTEX NON-LUBRICATED CONDOMS	\$0 (Nivel 4)	
TRUSTEX-RIA LUBRICATED/SPERMICIDE CONDOM	\$0 (Nivel 4)	
TRUSTEX-RIA LUBRICATED CONDOMS	\$0 (Nivel 4)	
TRUSTEX-RIA NON-LUBRICATED CONDOMS	\$0 (Nivel 4)	
TUMS 200 MG CALCIUM (500 MG), 300 MG (750 MG) CHEWABLE TABLET	\$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)	
TUMS ULTRA 400 MG CALCIUM (1,000 MG) CHEWABLE TABLET	\$0 (Nivel 4)	
<i>tusnel diabetic 10 mg-100 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)	

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



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>tussin chest congestion 100 mg/5 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<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)	
TYLENOL 325 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
TYLENOL SORE THROAT 500 MG/15	\$0 (Nivel 4)	
<i>tylophen 500 mg capsule</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>ultimate men's complete 50+ 300 mcg-600 mcg-300 mcg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>ultimate women's complete 50+ 8 mg iron-400 mcg-300 mcg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>ultra a-d 2 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>ultra b-100 complex 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 pm eye ointment</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)	
UNICOMPLEX-M TABLET	\$0 (Nivel 4)	
UNISOM (DOXYLAMINE) 25 MG TABLET	\$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>verticalm 25 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
VIACTIV 500 MG-500 UNIT-40 MCG CHEWABLE TABLET	\$0 (Nivel 4)	
<i>vicks qllearquil allergy 10 mg</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>vicks qllearquil night 25 mg</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>vision 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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
<i>vision formula (with lutein) 1,000 unit-200 mg-60 unit-2mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>vision plus lutein tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
VITA-BEE WITH C TABLET	\$0 (Nivel 4)	
<i>vitalee 0.4 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
VITALETS 10 MG IRON CHEWABLE TABLET	\$0 (Nivel 4)	
<i>vitalets chewable tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>vitamin a and d ointment</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>vitamin a and d grx topical ointment; vitamin a and d grx topical ointment in packet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>b complex capsule; pv b complex tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>vitamin d3 400 unit tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>vitamins and minerals tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>vitamins b complex 500 mg-400 mcg-18 mg iron tablet; vitamins b complex capsule; vitamins b complex tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
VITAMINS FOR HAIR TABLET	\$0 (Nivel 4)	
VITATRUM 18 MG-500 MCG-300 MCG-250 MCG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
VITRUM SENIOR 500 MCG-300 MCG-250 MCG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
<i>vitrum senior tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
VORTEX FROG MASK-CHILD	\$0 (Nivel 4)	
VORTEX LADYBUG MASK-TODDLER	\$0 (Nivel 4)	
<i>wal-dram 50 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>wal-dryl allergy 12.5 mg/5 ml oral liquid; wal-dryl allergy 25 mg capsule; wal-dryl allergy 25 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>wal-itin 10 mg tablet; wal-itin 5 mg/5 ml oral solution</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>wal-mucil fiber 0.52 gram capsule</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>wal-mucil fiber (aspartame) 3.4 gram/5.8 gram oral powder</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>wal-mucil fiber (sugar) 3.4 gram/7 gram oral powder</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>wal-mucil natural fiber laxative 3.4 gram/12 gram oral powder</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>wal-phed 30 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>wal-profen 200 mg capsule; wal-profen 200 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>wal-proxen 220 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>wal-som (doxylamine) 25 mg tablet</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>wal-sporin 500 unit-10,000 unit/gram topical ointment</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>wal-tussin 100 mg/5 ml oral liquid</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>wal-tussin dm 10 mg-100 mg/5 ml syrup</i>	\$0 (Nivel 4)	
<i>wal-tussin dm clear 10 mg-100 mg/5 ml syrup</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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOMBRE DEL MEDICAMENTO	NIVEL	REQUISITOS DE ADMINISTRACIÓN DE UTILIZACIÓN
wal-zan 75 75 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
wal-zyr (cetirizine) 1 mg/ml oral solution; wal-zyr (cetirizine) 10 mg tablet	\$0 (Nivel 4)	
wart remover 17 % topical gel; wart remover 17 % topical liquid	\$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 daily formula 18 mg iron-400 mcg-500 mg ca, 27-0.4 mg tablet; women's daily formula 27 mg-0.4 mg tablet	\$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)	
women's one daily 18 mg iron-400 mcg-500 mg ca tablet	\$0 (Nivel 4)	
womans stool softener 100 mg	\$0 (Nivel 4)	
yelets 18 mg-400 mcg tablet	\$0 (Nivel 4)	
ZANTAC 75 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
zeasorb (miconazole) 2 % topical powder	\$0 (Nivel 4)	
gnp zinc oxide 20% ointment	\$0 (Nivel 4)	
ZINC WITH VITAMINS A AND C 15 MG LOZENGES	\$0 (Nivel 4)	
zoo chews tablet	\$0 (Nivel 4)	
zoo friends 15 mg chewable tablet	\$0 (Nivel 4)	
zoo friends original 300 mcg chewable tablet	\$0 (Nivel 4)	
ZYRTEC 10 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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Índice de medicamentos

A			
A AND D (LAN, PET)	98	acetic acid	69
a thru z	98	acetylcysteine	84, 88
a thru z advanced formula	98	acid controller	99
a thru z high potency	98	acid gone antacid	99
a thru z men's ultimate	98	acid gone antacid e.strength	99
a thru z select	98	acid reducer (famotidine)	99
a thru z select women's	98	acid reducer (ranitidine)	99
a thru z select 50+ formula	98	acitretin	90
a-hydrocort	74	acne control cleanser	99
abacavir	13	acne medication	99
abacavir-lamivudine	13	acne treatment (benzoyl perox)	99
abacavir-lamivudine-zidovudine	13	acne vanishing	99
abc plus	98	acne-clear	99
ABELCET	13	ACTHAR H.P.	63
ABILIFY MAINTENA	41	ACTHIB (PF)	29
ABRAXANE	22	ACTIMMUNE	84
acamprosate	41	acyclovir	13, 90
acarbose	74	acyclovir sodium	13
ACE AEROSOL CLOUD ENHANCER	95	ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF)	29
acebutolol	36	ADAGEN	68
ACEPHEN	98	adapalene	90
acetaminophen	99	ADCIRCA	36
acetaminophen extra strength	99	added strength headache relief	99
acetaminophen pain relief	99	adefovir	13
acetaminophen-codeine	41, 42	ADEMPAS	88
acetazol hc	69	adriamycin	22
acetazolamide	69	adt robitussin peak cld dm max	99
acetazolamide sodium	69	adult cough formula dm max	99
		adult robitussin peak cold dm	99

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



adult tussin cough congest dm	99	aftera	100
adult tussin dm	99	ak-poly-bac	69
adult wal-tussin	99	alavert	100
adult wal-tussin dm max	99	ALBENZA	13
adults 50 plus	99	albuterol sulfate	32
ADVAIR DISKUS	88	alclometasone	90
ADVAIR HFA	88	ALCOHOL PADS	90
advanced antacid-antigas	99	ALCOHOL PREP PADS	90
advanced healing	99	ALCOHOL PREP SWABS	90
advil	99	ALCOHOL SWABS	90
ADVIL LIQUI-GEL	99	ALCOHOL WIPES	90
ADVIL MIGRAINE	100	ALECENSA	22
ADVOCATE PEN NEEDLE	54	alendronate	84
ADVOCATE SYRINGES	55	aler-cap	100
AEROCHAMBER MINI	95	ALEVE	100
AEROCHAMBER MV	95	alfuzosin	32
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU	95	ALIMTA	22
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,L MSK	95	ALINIA	13
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,M MSK	95	ALIQOPA	23
AEROCHAMBER PLUS FLOW-VU,S MSK	95	ALKERAN	23
AEROCHAMBER PLUS Z STAT	95	all day allergy (cetirizine)	100
AEROCHAMBER PLUS Z STAT LG MSK	95	all day allergy relief(cetir)	100
AEROCHAMBER PLUS Z STAT MD MSK	95	all day relief	100
AEROCHAMBER PLUS Z STAT SM MSK	95	aller-g-time	100
AEROCHAMBER WITH FLOWSIGNAL	95	aller-tec	100
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS-FLW SG	95	allerclear	100
AEROGEAR ACTION ASTHMA KIT	95	allergy	100
AEROTRACH PLUS	95	allergy (diphenhydramine)	100
afeditab cr	36	allergy medication	100
AFINITOR	22	allergy medicine	100
AFINITOR DISPERZ	22	allergy relief (cetirizine)	100

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



allergy relief (loratadine)	100	AMINOSYN M 3.5 %	64
allergy relief(diphenhydramin)	100	AMINOSYN 10 %	64
allopurinol	84	AMINOSYN 8.5 %	64
ALMACONE	100	AMINOSYN 8.5 %-ELECTROLYTES	64
almacone-2	100	AMINOSYN-HBC 7%	64
aloe vesta antifungal (micon)	100	AMINOSYN-PF 10 %	64
ALOE VESTA SKIN CONDITIONER 2	100	AMINOSYN-PF 7 % (SULFITE-FREE)	64
alophen	100	amiodarone	36
alose tron	71	AMITIZA	71
alprazolam	42	amitriptyline	42
ALTABAX	90	amlodipine	36
altachlore	100	amlodipine-benazepril	36
altamist	100	ammonium lactate	90
altavera (28)	74	amoxapine	42
aluminum hydroxide gel	100	amoxicillin	13
ALUNBRIG	23	amoxicillin-pot clavulanate	13
amabelz	74	amphotericin b	13
amantadine hcl	42	ampicillin	13
AMBISOME	13	ampicillin sodium	13
amethia lo	74	ampicillin-sulbactam	13
AMICAR	34	AMPYRA	84
amifostine crystalline	84	ANADROL-50	74
amikacin	13	anagrelide	34
amiloride	64	anastrozole	74
amiloride-hydrochlorothiazide	64	ANDROGEL	74, 75
aminophylline	94	androxy	75
AMINOSYN II 10 %	64	anecream	100
AMINOSYN II 15 %	64	anecream5	100
AMINOSYN II 7 %	64	animal chews	101
AMINOSYN II 8.5 %	64	animal shape vitamins	101
AMINOSYN II 8.5 %-ELECTROLYTES	64	animal shapes complete	101

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



animal shapes plus iron	101	antioxidant vitamins	102
antacid (calcium carbonate)	101	antiseptic	102
antacid anti-gas	101	antiseptic skin clnsr(chlorhe)	102
antacid anti-gas double str	101	antitussive dm	102
antacid calcium	101	anu-med	102
antacid exst (mag carb-al hyd)	101	APOKYN	42
antacid ext str (calcium carb)	101	apraclonidine	69
antacid extra-strength	101	aprepitant	71
antacid liquid	101	apri	75
antacid m	101	APRISO	71
antacid maximum strength	101	APTIOM	42
antacid plus anti-gas	101	APTIVUS	13
antacid regular strength	101	AQUADEKS	102
antacid ultra strength	101	AQUADEKS PEDIATRIC	102
antacid with simethicone	101	aquanil hc	102
antacid-antigas	101	AQUASOL A	95
antacid-simethicone	101	ARALAST NP	88
anti-diarrhea	101	aranelle (28)	75
anti-diarrheal	101	ARCALYST	84
anti-diarrheal (loperamide)	101	aripiprazole	42
anti-fungal	101	ARISTADA	42
anti-itch (hc)	101	armodafinil	42
anti-nausea	101	ARNUITY ELLIPTA	89
antibiotic (bacitracin zinc)	101	ARRANON	23
antibiotic (neomy-bacit-polym)	101	arthritis pain relief(capsaic)	102
antibiotic-pain relief (bacit)	102	ARTIFICIAL TEARS (PETRO/MIN)	102
antifungal (clotrimazole)	102	artificial tears(dext70-hydro)	102
antifungal (terbinafine)	102	artificial tears(hypromellose)	102
antifungal cream	102	artificial tears(pvalch-povid)	102
antihistamine	102	ARZERRA	23
ANTIOXIDANT FORMULA (SELENIUM)	102	aspir-low	102

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



aspir-trin	102	AVANDIA	75
aspir-81	102	AVASTIN	23
aspirin	102	aviane	75
aspirin childrens.....	102	AYR SALINE	103
aspirin low dose	102	azacitidine	23
aspirin-dipyridamole	36	AZASITE	69
aspirin, buffered	102	azathioprine	85
ASSURE ID INSULIN SAFETY	55	azelastine	69
ASTHMAPACK CHILDREN'S	95	AZILECT	42
ATELVIA	85	azithromycin.....	13
atenolol	36	azolen tincture	103
atenolol-chlorthalidone	36	AZOPT	69
athenol	102	aztreonam	13
athlete's foot	102	azurette (28).....	75
athlete's foot (clotrimazole)	102		
athlete's foot af	102	B	
athletic foot cream	103	b complete	103
atomoxetine	42	b complex 1	103
atorvastatin	36	b complex-vitamin b12	103
atovaquone	13	b-complex	103
atovaquone-proguanil	13	b-complex with vitamin c	103
ATRIPLA	13	b-100 complex	103
atropine	69	b-50 complex	103
ATROVENT HFA	32	bacitracin	14, 69, 103
aubra	75	bacitracin zinc	103
AURO EARDROPS	103	bacitracin-polymyxin b	69, 103
AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE	55	bacitraycin plus	103
AUTOPEN 1 TO 16 UNITS	55	baclofen	32
AUTOPEN 1 TO 21 UNITS	55	bal b-100	103
AUTOPEN 2 TO 32 UNITS	55	bal b-50	103
AUTOPEN 2 TO 42 UNITS	55	balance b-100	103
		balance b-50	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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



BALANCED B-100	103	BD INTEGRA INSULIN SYRINGE	56
BALANCED B-100 COMPLEX	103	BD LO-DOSE MICRO-FINE IV	56
balanced b-50	103	BD LO-DOSE ULTRA-FINE	56
balanced b-50 complex	103	BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE	56
balsalazide	72	BD SAFETYGLIDE SYRINGE	56
ban-acid	103	BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE	56
BAND-AID GAUZE PADS	88	BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLES	56
banophen	103	bedding spray	103
BANZEL	42	bee-zee	103
BARACLUDE	14	bekyree (28)	75
BAVENCIO	23	BELEODAQ	23
BAYER ASPIRIN	103	BENADRYL	103
BAYER CHEWABLE ASPIRIN	103	benazepril	36
baza antifungal	103	benazepril-hydrochlorothiazide	36
BAZA PROTECT	103	BENDEKA	23
BCG VACCINE, LIVE (PF)	29	BENLYSTA	85
BD ALCOHOL SWABS	90	benzoyl peroxide	104
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE	55	benztropine	42
BD AUTOSHIELD PEN NEEDLE	55	BESIVANCE	69
BD ECLIPSE LUER-LOK	55	BESPONSА	23
BD INSULIN PEN NEEDLE UF MINI	55	best fiber	104
BD INSULIN PEN NEEDLE UF ORIG	55	beta-hc	104
BD INSULIN PEN NEEDLE UF SHORT	55	BETADINE	104
BD INSULIN SYRINGE	55	BETADINE SKIN CLEANSER	104
BD INSULIN SYRINGE HALF UNIT	55	BETADINE SURGICAL SCRUB	104
BD INSULIN SYRINGE MICRO-FINE	55	BETADINE SWABSTICKS	104
BD INSULIN SYRINGE SAFETY-LOK	55	betamethasone dipropionate	90
BD INSULIN SYRINGE SLIP TIP	55	betamethasone valerate	90
BD INSULIN SYRINGE U-500	55	betamethasone, augmented	90
BD INSULIN SYRINGE ULT-FINE II	55	betasept surgical scrub	104
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE	56	BETASERON	85

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



betatemp	104	BREATHERITE SPACER-MASK,ADULT	95
betaxolol	69	BREATHERITE SPACER-MASK,CHILD	95
bethanechol chloride	32	BREATHERITE SPACER-MASK,INFANT	95
BETHKIS	14	BREATHERITE SPACER-MASK,S.CHLD	96
bexarotene	23	BREATHERITE VALVED MDI CHAMBER	96
BEXSERO	29	BREATHERITE VALVED MDI SPACER	96
bicalutamide	23	BREATHERITE WITH MASK, LARGE	96
BICILLIN C-R	14	BREATHERITE WITH MASK, MEDIUM	96
BICILLIN L-A	14	BREATHERITE WITH MASK, SMALL	96
BICNU	23	BREO ELLIPTA	89
BIDIL	36	BREWER'S YEAST	104
biocotron	104	BRILINTA	34
bisa-lax	104	brimonidine	69
BISAC-EVAC	104	BRINTELLIX	42
bisacodyl	104	BRIVIACT	42
biscolax	104	bromocriptine	42
bismatrol	104	BROVANA	32
bismuth	104	budesonide	75, 89
bismuth subsalicylate	104	buffered aspirin	104
bisoprolol fumarate	36	bufferin	104
bisoprolol-hydrochlorothiazide	36	bumetanide	64
bleomycin	23	buprenorphine hcl	42
blisovi fe 1.5/30 (28)	75	buproban	42
blisovi fe 1/20 (28)	75	bupropion hcl	43
BONINE	104	bupropion hcl (smoking deter)	43
BOOSTRIX TDAP	30	buspirona	43
BORDERED GAUZE	88	busulfan	23
BOSULIF	23	BUSULFEX	23
bp	104	butalbital compound w/codeine	43
BREATHERITE MDI SPACER	95	butalbital-acetaminop-caf-cod	43
BREATHERITE RIGID SPACER-MASK	95	butalbital-acetaminophen	43

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



butalbital-acetaminophen-caff	43	calcium polycarbophil	105
butalbital-aspirin-caffeine	43	calcium with vitamin d	105
BUTISOL	43	calcium 500	104
butorphanol tartrate	43	calcium 500 + d	105
C			
ca-d3-mag ox-zinc-cop-mang-bor	104	calcium 500 with d	105
cabergoline	43	calcium 600	105
CABOMETYX	23	calcium 600 + d(3)	105
calamine	104	calcium 600 + minerals	105
calamine-zinc oxide	104	calcium 600 with vitamin d3	105
calci-chew	104	CALCIUM 600-D3 PLUS	105
CALCI-MIX	104	calcium+d	105
CALCIONATE	104	calcium-magnesium-zinc	105
calcipotriene	90	calcium-vitamin d3-vitamin k	105
calcitonin (salmon)	75	calphron	105
calcitrate	104	CALQUENCE	23
calcitrate-vitamin d	104	CALTRATE WITH VITAMIN D3	105
calcitriol	94	CALTRATE 600 + D	105
calcium acetate	64	CALTRATE 600+D PLUS MINERALS	105
calcium antacid	105	calvite p and d	106
calcium antacid tropical	105	camila	75
calcium antacid ultra max st	105	camrese	96
calcium carb-mag ox-zinc sulf	105	camrese lo	75
calcium carbonate	105	CANASA	72
calcium carbonate-vit d3-min	105	CANCIDAS	14
calcium carbonate-vitamin d3	105	candesartan	36
calcium chloride	96	candesartan-hydrochlorothiazid	36
calcium citrate + d	105	capacet	43
calcium citrate-vitamin d3	105	CAPASTAT	14
calcium gluconate	105	CAPITAL WITH CODEINE	43
calcium magnesium + d	105	CAPRELSA	23
		captopril	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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



captopril-hydrochlorothiazide	36	ceftazidime in d5w	14
CAPZASIN-HP	106	ceftriaxone	14
CARBAGLU	64	cefuroxime axetil	14
carbamazepine	43	cefuroxime sodium	15
carbamoxide ear drops	106	CELLCEPT	85
carbidopa-levodopa	43	CELLCEPT INTRAVENOUS	85
carboplatin	23	CELONTIN	43
CAREFINE PEN NEEDLE	56	centamin	106
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD	90	central-vite	106
CARETOUCH INSULIN SYRINGE	56	central-vite men's under 50	106
CARETOUCH PEN NEEDLE	56	central-vite select	106
carisoprodol	32	central-vite senior	106
carteolol	69	central-vite with lycopene	106
cartia xt	36	central-vite women's mature	106
carvedilol	36	centram-care	106
caspofungin	14	CENTRUM	106
CAYSTON	14	centrum complete	106
caziant (28)	75	CENTRUM KIDS	106
cefaclor	14	CENTRUM MEN	106
cefadroxil	14	CENTRUM SILVER	106
cefazolin	14	CENTRUM SILVER ULTRA MEN'S	106
cefazolin in dextrose (iso-os)	14	CENTRUM SILVER WOMEN	106
cefdinir	14	CENTRUM SPECIALIST PRENATAL	106
cefepime	14	CENTRUM ULTRA MEN'S	106
cefotaxime	14	century	106
cefotetan	14	century adults 50+	106
cefoxitin	14	century cardio	106
cefoxitin in dextrose, iso-osm	14	century cardio health formula	106
cefpodoxime	14	century mature	106
cefprozil	14	century ultimate men's	106
ceftazidime	14	century ultimate women's	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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



cephalexin	15	child's vitamin with iron	107
CERAVE BABY MOISTURIZING	106	children's acetaminophen	107
CERDELGA	85	children's aller-tec	107
CEREZYME	68	children's allergy (diphenhyd)	107
CEROVITE	106	children's allergy complete	107
CEROVITE ADVANCED FORMULA	106	children's allergy relief(lor)	107
cerovite jr	106	children's allergy(cetirizine)	107
CEROVITE SENIOR	106	children's aspirin	107
certa plus	107	children's cetirizine	107
CERTAVITE SENIOR-ANTIOXIDANT	107	children's chest congestion	107
certavite-antioxid (iron gluc)	107	children's chewable complete	107
certavite-antioxidant	107	children's chewable multivitmn	107
cetirizine	107	children's chewable vitamin	107
CETROTIDE	96	children's chewable w/minerals	107
CHANTIX	32	children's chewables	107
CHANTIX CONTINUING MONTH BOX	32	children's chewables extra c	108
CHANTIX STARTING MONTH BOX	32	children's chewables with iron	108
CHEMET	74	CHILDREN'S CLARITIN	108
CHENODAL	72	children's fever reducing	108
CHERRY FLAVOR (BULK)	107	children's iron	108
chewable multi vitamin	107	children's multivit w/extra c	108
CHEWABLE-VITE	107	children's non-aspirin	108
CHEWABLE-VITE WITH IRON	107	children's pain relief	108
child allergy relf(cetirizine)	107	children's pain reliever	108
child aspirin	107	children's pain-fever relief	108
child mucinex chest congestion	107	children's q-pap	108
child mucus relief expectorant	107	children's saline nasal spray	108
child pain rel-fever reducer	107	children's silapap	108
child vitamin with minerals	107	children's tactinal	108
child's all day allergy(cetir)	107	children's wal-dryl allergy	108
child's chewable vitamins/iron	107	children's wal-zyr	108

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



CHILDREN'S ZYRTEC ALLERGY	108	CITRUCEL SUGAR FREE	108
childs chew vite	108	citrus calcium	108
childs/iron	108	cladribine	23
chloramphenicol sod succinate	15	clarithromycin	15
chlorhexidine gluconate	69, 108	CLARITIN	109
chloroquine phosphate	15	CLARITIN REDITABS	109
chlorothiazide	64	clearasil daily clear(benzoyl)	109
chlorothiazide sodium	64	clearlax	109
chlorpromazine	43	clemastine	22
chlorthalidone	64	CLICKFINE	56
CHOLBAM	72	clindamycin hcl	15
cholecalciferol (vitamin d3)	108	clindamycin in 0.9 % sod chlor	15
cholestyramine (with sugar)	36	clindamycin in 5 % dextrose	15
cholestyramine light	37	clindamycin palmitate hcl	15
chorionic gonadotropin, human	75	clindamycin pediatric	15
chromium chloride	96	clindamycin phosphate	15, 90
ciclodan	90	CLINIMIX E 2.75%/D10W SUL FREE	65
ciclopirox	90	CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE	65
cilostazol	34	CLINIMIX E 4.25%/D25W SUL FREE	65
cimetidine	72	CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE	65
cimetidine hcl	72	CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE	65
CINRYZE	85	CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE	65
ciprofloxacin hcl	15, 69	CLINIMIX E 5%/D25W SULFIT FREE	65
ciprofloxacin in 5 % dextrose	15	CLINIMIX 2.75%/D5W SULFIT FREE	64
cisplatin	23	CLINIMIX 4.25%-D20W SULF-FREE	64
citalopram	43	CLINIMIX 4.25%-D25W SULF-FREE	64
citracal + d maximum	108	CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE	64
CITRACAL + D PETITES	108	CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE	64
citracal regular	108	CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE)	65
citrucel	108	CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE	64
CITRUCEL (SUCROSE)	108	CLINIMIX 5%/D25W SULFITE-FREE	64

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



clobetasol	90	colistin (colistimethate na)	15
clobetasol-emollient	90	colocort	91
clofarabine	23	COMBIGAN	69
CLOLAR	23	COMETRIQ	23
clomipramine	43	COMFORT EZ PEN NEEDLES	56
clonazepam	44	COMFORT EZ SYRINGE	57
clonidine	37	comfort gel	109
clonidine hcl	37	comfort gel extra strength	109
clopidogrel	34	COMPETE	109
clorazepate dipotassium	44	COMPLERA	15
clorpres	37	complete	109
clotrimazole	91, 109	complete allergy	109
clotrimazole af	109	complete allergy medicine	109
clotrimazole 3 day	109	complete lice treatment	109
clotrimazole-betamethasone	91	complete men	109
clotrimazole-3	109	complete multi	109
clotrimazole-7	109	complete multi 50+	109
clozapine	44	complete multivitamin	110
COARTEM	15	complete multivitamin-mineral	110
cod liver oil	109	complete senior	110
codeine sulfate	44	complete women	110
col-rite	109	complete 50+	109
COLACE	109	compound w	110
COLACE CLEAR	109	compro	72
COLCRYS	85	CONDOMS-PREM LUBRICATED	110
COLEMAN BOTANICALS INSECT	109	constulose	65
COLEMAN HIGH-DRY INSECT REPEL	109	cool bottoms	110
COLEMAN SKINSMART INSECT REP	109	COPAXONE	85
COLEMAN SPORTSMEN INSECT REPEL	109	copper chloride	96
COLEMAN 100 MAX INSECT REPEL	109	CORLANOR	37
colestipol	37	cormax	91

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



corn-callus remover	110	cutter natural insect repellnt	110
CORTAID	110	cutter natural repellent2	110
cortisone	75	cutter skinsations	110
cortizone-10	110	cyanocobalamin (vitamin b-12)	96
cortizone-10 plus	110	cyclafem 1/35 (28)	75
COSENTYX	91	cyclafem 7/7/7 (28)	75
COSENTYX (2 SYRINGES)	91	cyclobenzaprine	32
COSENTYX PEN	91	cyclophosphamide	24
COSENTYX PEN (2 PENS)	91	cycloserine	15
COSMEGEN	23	CYCLOSET	44
COTELLIC	23	cyclosporine	85
cough control dm	110	cyclosporine modified	85
cough formula dm	110	CYKLOKAPRON	34
cough suppressant-expectorant	110	cyproheptadine	22
cough syrup	110	CYRAMZA	24
cough syrup dm	110	cyred	75
COUMADIN	34	CYSTADANE	85
CREON	72	CYSTAGON	85
CRESEMBA	15	CYSTARAN	69
critic-aid clear af	110	cytarabine	24
CRIXIVAN	15	cytarabine (pf)	24
cromolyn	89	CYTOMEL	75
cryselle (28)	75		
CUBICIN	15	D	
CUBICIN RF	15	dacarbazine	24
CUPRIMINE	74	dactinomycin	24
CURITY ALCOHOL SWABS	91	daily fiber	110
CURITY GAUZE	88	daily fiber (psyllium-sucrose)	110
cutter backwoods	110	daily multi-vitamins/iron	110
cutter backwoods dry	110	daily multiple	110
cutter lemon eucalyptus	110	daily multiple for men	110
		daily multiple for men 50+	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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



daily multiple for women	110	delyla (28)	75
daily multiple for women 50+	110	demeclocycline	15
daily multiple vitamins/iron	110	DEMSEER	85
daily multivitamin with iron	111	DENAVIR	91
daily multivitamin-minerals	111	DEPO-ESTRADIOL	75
daily value	111	DERMACEA	88
daily vitamin formula	111	dermafungal	111
daily vitamin formula-iron	111	dermarest eczema (hydrocort)	111
daily vitamin formula-minerals	111	DESCOVY	15
daily vitamin with iron	111	desenex	111
daily vitamin with iron and ca	111	desipramine	44
DAILY VITES/IRON	111	desmopressin	75
DAILY-VITE	111	desog-e.estradiol/e.estradiol	75
DAKLINZA	15	desogestrel-ethinyl estradiol	75
DALIRESP	89	desonide	91
danazol	75	desoximetasone	91
dantrolene	32	desvenlafaxine succinate	44
dapsone	15	dexamethasone	76
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF)	30	dexamethasone intensol	76
daptomycin	15	dexamethasone sodium phosphate	69, 76
DARAPRIM	15	dexmethylphenidate	44
DARZALEX	24	dexrazoxane hcl	85
dasetta 1/35 (28)	75	dextroamphetamine	44
dasetta 7/7/7 (28)	75	dextroamphetamine-amphetamine	44
daunorubicin	24	dextromethorphan-guaifenesin	111
DAUNOXOME	24	dextrose	111
deblitane	75	dextrose 10 % and 0.2 % nacl	65
DEBROX	111	dextrose 10 % in water (d10w)	65
decitabine	24	dextrose 5 % in water (d5w)	65
deep sea nasal	111	dextrose 5%-0.2 % sod chloride	65
delta d3	111	dextrose 5%-0.3 % sod.chloride	65

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



dex4 glucose	111	DILANTIN INFATABS	45
dex4 glucose pouch pack	111	DILANTIN-125	45
dex4 glucose quick dissolve	111	dilt-xr	37
diabetic siltussin das-na	111	diltiazem hcl	37
diabetic siltussin-dm	111	dino-life	111
diabetic siltussin-dm max str	111	dino-life with extra c	111
diabetic tussin dm	111	dino-life with iron-zinc	112
dialyvite 800	111	DIOCTO	112
DIALYVITE 800 WITH ZINC 15	111	dioctyl	112
DIALYVITE 800 WITH ZINC 50	111	diotame	112
diamode	111	diphedryl	112
diarrhea relief (bismuth subs)	111	diphedryl allergy	112
DIASTAT	44	diphenhist	112
DIASTAT ACUDIAL	44	diphenhydramine hcl	22, 112
diazepam	44	diphenoxylate-atropine	72
diazepam intensol	45	dipyridamole	37
dibucaine	111	disopyramide phosphate	37
diclofenac potassium	45	disposable enema	112
diclofenac sodium	45, 69	disulfiram	85
dicloxacillin	15	DIURIL	65
dicyclomine	32	divalproex	45
didanosine	15	doc-q-lace	112
DIFICID	16	doc-q-lax	112
diflunisal	45	DOCEFREZ	24
digestive relief	111	docetaxel	24
digitek	37	docu	112
digox	37	docuprene	112
digoxin	37	docusate calcium	112
dihydroergotamine	32	docusate sodium	112
DILANTIN	45	docusil	112
DILANTIN EXTENDED	45	dofetilide	37

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



dok	112	DURAMORPH (PF)	45
dok plus	112	DUREZOL	69
donepezil	32	dutasteride	85
DORIBAX	16	dutasteride-tamsulosin	85
doripenem	16	dyna-hex	112
dorzolamide	69	d10 %-0.45 % sodium chloride	65
dorzolamide-timolol	69	d2.5 %-0.45 % sodium chloride	65
double antibiotic	112	d5 % and 0.9 % sodium chloride	65
double antibiotic (b.tracn zn)	112	d5 %-0.45 % sodium chloride	65
doxazosin	37	E	
doxepin	45	e.c. prin	112
doxercalciferol	94	E-Z SPACER	96
doxorubicin	24	ear care	112
doxorubicin, peg-liposomal	24	ear drops otc	112
doxy-100	16	ear health formula	112
doxycycline hyclate	16, 69	ear wax removal kit	113
doxycycline monohydrate	16	ear wax removal system	113
DRAMAMINE	112	EASIVENT HOLDING CHAMBER	96
dramamine less drowsy	112	EASY COMFORT INSULIN SYRINGE	57
driminate	112	EASY COMFORT PEN NEEDLES	57
DRISDOL	96	EASY TOUCH	57
dronabinol	72	EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS	91
DROPLET PEN NEEDLE	57	EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN	57
drospirenone-ethinyl estradiol	76	EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR	57
DROXIA	24	EASY TOUCH INSULIN SYRINGE	57
DUAVEE	76	EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN	58
ducodyl	112	EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN	58
DULCOLAX (BISACODYL)	112	EASY TOUCH UNI-SLIP	58
dulcolax stool softener (dss)	112	econazole	91
duloxetine	45	econtra ez	113
duofilm	112	ECOTRIN	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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



ecotrin low strength	113	ENDOMETRIN	96
eczema anti-itch	113	enema	113
ed-apap	113	enema disposable	113
EDURANT	16	ENFAMIL ENFALYTE	113
EFFIENT	34	ENGERIX-B (PF)	30
EGRIFTA	76	ENGERIX-B PEDIATRIC (PF)	30
ELDERTONIC	113	enoxaparin	34
electrolyte-48 in d5w	65	enpresse	76
electrolytes-dextrose	113	enskyce	76
ELELYSO	68	entacapone	45
ELIDEL	91	entecavir	16
elinest	76	enteric coated aspirin	113
ELIQUIS	34	ENTRESTO	37
ELITEK	68	enulose	65
ELIXOPHYLLIN	94	EPCLUSA	16
ELLA	76	epinastine	69
ELMIRON	85	EPINEPHRINE	32
EMBEDA	45	EPIPEN	32
EMCYT	24	EPIPEN JR	32
EMEND	72	EPIPEN JR 2-PAK	32
emetrol	113	EPIPEN 2-PAK	32
emoquette	76	epirubicin	24
EMPLICITI	24	epitol	45
EMSAM	45	EPIVIR HBV	16
EMTRIVA	16	eplerenone	37
enalapril maleate	37	EPOGEN	34
enalapril-hydrochlorothiazide	37	EPZICOM	16
ENBREL	85	EQUETRO	45
ENBREL MINI	85	ERAXIS(WATER DILUENT)	16
ENBREL SURECLICK	85	ERBITUX	24
endocet	45	ergocalciferol (vitamin d2)	96

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



ERGOMAR	32	EX-LAX (SENNOSIDES)	113
ERIVEDGE	24	excedrin migraine	113
errin	76	EXEL INSULIN	58
ERWINAZE	24	EXELON	32
ery pads	91	exemestane	76
ERYTHROCIN	16	EXJADE	74
erythromycin	16, 69	EXONDYS 51	85
erythromycin with ethanol	91	EXPECTA PRENATAL	113
erythromycin-benzoyl peroxide	91	expectorant	113
ESBRIET	89	expectorant cough syrup	113
escitalopram oxalate	45	expectorant dm	113
essentia	113	ezetimibe	38
ESSENTIAL BALANCE WITH LUTEIN	113	F	
ESSENTIAL DAILY	113	FABRAZYME	68
ESTRACE	76	fallback solo	113
estradiol	76	falmina (28)	76
estradiol valerate	76	famciclovir	16
estradiol-norethindrone acet	76	famotidine	72, 113
estropipate	76	famotidine (pf)	72
eszopiclone	45	famotidine (pf)-nacl (iso-os)	72
ethacrynate sodium	65	FANAPT	45
ethambutol	16	FANTASY CONDOM	113
ethosuximide	45	FARESTON	76
ethynodiol diac-eth estradiol	76	FARYDAK	24
etidronate disodium	85	FASLODEX	24
etodolac	45	felbamate	46
ETOPOPHOS	24	felodipine	38
etoposide	24	FEMCON FE	76
evac-u-gen (sennosides)	113	femynor	76
EVOMELA	24	fenofibrate	38
EVOTAZ	16	fenofibrate micronized	38

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



fenofibrate nanocrystallized	38	fiber therapy (ca polycarboph)	114
fenofibric acid (choline)	38	FIBER THERAPY (M-CELL/SUGAR)	114
fentanyl	46	fiber therapy (m-cellulose)	114
fentanyl citrate	46	fiber therapy laxative (husk)	114
fentanyl citrate (pf)	46	fiber therapy sugar free	114
feosol.....	113	fiber therapy(psyl seed-sugar)	114
FER-IN-SOL	113	fiber-caps (psyllium husk)	114
fer-iron	113	fiber-lax	114
FERAHEME	96	fiber-tabs	114
FEROSUL	113	FIBERCON	114
FERRLECIT	96	finasteride	85
ferro-time	113	FIRAZYR	85
ferrous sulfate	114	FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE	76
ferrousul	114	first aid antibiotic	114
FETZIMA	46	first aid antibiotic-pain rlf	114
fever reducer	114	first aid antiseptic	115
fever reducer an pain reliever	114	flanax (naproxen)	115
feverall	114	flanax antacid	115
FIASP	76	flavor chews antacid	115
FIASP FLEXTOUCH	76	FLAVOR SWEET	115
fiber	114	FLAVOR SWEET-SF	115
fiber (calcium polycarbophil)	114	flavoxate	94
fiber (psyllium husk)	114	flecainide	38
fiber (psyllium husk/sugar)	114	FLEET ENEMA	115
fiber (with aspartame)	114	fleet glycerin (adult)	115
fiber laxative (ca polycarbo)	114	fleet glycerin (child)	115
fiber laxative (methylcellulo)	114	FLEET LAXATIVE	115
fiber laxative (psyllium husk)	114	FLEET PEDIATRIC	115
fiber laxative (psyllium) s/f	114	flintstones complete (iron)	115
fiber smooth	114	FLINTSTONES MULTIVITAMIN	115
fiber smooth (sucrose)	114	FLINTSTONES WITH IRON	115

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



flintstones/extra c	115	fondaparinux	34
FLOVENT DISKUS	89	formula em	115
FLOVENT HFA	89	FORTEO	77
fluconazole	16	FORTICAL	77
fluconazole in dextrose(iso-o)	16	fosamprenavir	16
fluconazole in nacl (iso-osm)	16	foscarnet	16
flucytosine	16	fosinopril	38
fludarabine	24	fosinopril-hydrochlorothiazide	38
fludrocortisone	76	fosphenytoin	46
flunisolide	69	FRAGMIN	34
fluocinolone	91	FREESTYLE PRECISION	58
fluocinolone and shower cap	91	full spectrum b-vitamin c	115
fluocinonide	91	FULLER'S EARTH (BULK)	115
fluocinonide-e	91	FUNGOID TINCTURE	115
fluocinonide-emollient	91	furosemide	65
fluoride (sodium)	86	FUSILEV	86
fluorometholone	69	FUZEON	16
fluorouracil	25, 91	FYCOMPA	46
fluoxetine	46	G	
fluphenazine decanoate	46	g-tron	115
fluphenazine hcl	46	gabapentin	46
flurbiprofen	46	galantamine	32, 33
flurbiprofen sodium	69	GAMUNEX-C	30
flutamide	25	ganciclovir sodium	16
fluticasone	69, 91	GANIRELIX	96
fluvoxamine	46	GARDASIL (PF)	30
foaming antacid	115	GARDASIL 9 (PF)	30
foaming antacid extra strength	115	gatifloxacin	70
folic acid	96, 115	GATTEX ONE-VIAL	72
FOLOTYN	25	GATTEX 30-VIAL	72
fomepizole	86	GAUZE BANDAGE	88

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



GAUZE PAD	88	GERITOL TONIC WITH FERREX 18	116
gavilax	115	gianvi (28)	77
gavilyte-c	72	gildess fe 1.5/30 (28)	77
gavilyte-g	72	gildess fe 1/20 (28)	77
gavilyte-n	72	gildess 1.5/30 (21)	77
GAVISCON	115	gildess 1/20 (21)	77
GAVISCON EXTRA STRENGTH	115	gildess 24 fe	77
GAZYVA	25	GILENYA	86
gelusil antacid and anti-gas	115	GILOTRIF	25
gemcitabine	25	GLASSIA	89
gemfibrozil	38	GLEEVEC	25
generlac	65	GLEOSTINE	25
gengraf	86	glimepiride	77
gentak	70	glipizide	77
gentamicin	16, 70, 91	glipizide-metformin	77
gentamicin in nacl (iso-osm)	16	GLUCAGEN HYPOKIT	77
gentel tears	115	GLUCAGON EMERGENCY KIT (HUMAN)	77
gentle laxative	115	gluco burst	116
gentlelax	116	glucose	116
GENVOYA	17	glucose gel	116
GEODON	46	glutose 15	116
geravim	116	glutose 45	116
geri-dryl	116	glycerin	116
geri-kot	116	glycerin (adult)	116
geri-lanta	116	GLYCERIN (BULK)	116
geri-mucil	116	glycerin (child)	116
geri-pectate	116	glycolax	116
geri-tussin	116	glycopyrrolate	33
geri-tussin dm	116	GLYSET	77
geriaton	116	GLYXAMBI	77
GERITOL COMPLETE	116	goody's migraine relief	116

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



granisetron (pf)	72	heartburn relief (famotidine)	117
granisetron hcl	72	heartburn relief (ranitidine)	117
GRANIX	35	heather	77
griseofulvin microsize	17	HECTOROL	94
griseofulvin ultramicrosize	17	hemorrhoid	117
guaiasorb dm	116	heparin (porcine)	35
guaifenesin	116	heparin (porcine) in 5 % dex	35
guaifenesin-dm	116	heparin(porcine) in 0.45% nacl	35
guanfacine	38	HEPATAMINE 8%	65
guanidine	33	HERCEPTIN	25
gummi bear multivitamin	116	HETLIOZ	46
gyne-lotrimin	116	HEXALEN	25
gyne-lotrimin 7	116	hi-b complex	117
		hi-cal plus vit d	117
	H	HIBERIX (PF)	30
hair vitamins	116	HIBICLENS	117
hair, skin and nails advanced	116	high potency capsaicin	117
HALAVEN	25	honey bears	117
halobetasol propionate	91	honey bears with iron-zinc	117
haloperidol	46	hospital antiseptic	117
haloperidol decanoate	46	HUMIRA	86
haloperidol lactate	46	HUMIRA PEDIATRIC CROHN'S START	86
HARVONI	17	HUMIRA PEN	86
HAVRIX (PF)	30	HUMIRA PEN CROHN'S-UC-HS START	86
headache formula	116	HUMIRA PEN PSORIASIS-UVEITIS	86
headache relief (asa-acet-caf)	116	HYCAMTIN	25
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP	58	hydralazine	38
healthy eyes	117	hydrochlorothiazide	65
healthy eyes supervision	117	HYDROCIL	117
heartburn antacid	117	hydrocodone-acetaminophen	47
heartburn prevention	117	hydrocodone-ibuprofen	47
heartburn relief	117		

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



hydrocortisone	77, 92, 117	IDHIFA	25
hydrocortisone acetate	117	ifosfamide	25
hydrocortisone butyrate	92	ILEVRO	70
hydrocortisone plus	117	IMBRUVICA	25
hydrocortisone valerate	92	IMFINZI	25
hydrocortisone-acetic acid	70	imipenem-cilastatin	17
hydrocortisone-aloe vera	117	imipramine hcl	47
hydrocream	117	imipramine pamoate	47
hydromorphone	47	imiquimod	92
hydromorphone (pf)	47	IMLYGIC	25
hydroskin with aloe	117	IMODIUM A-D	117
hydroxocobalamin	96	IMOGAM RABIES-HT (PF)	30
hydroxychloroquine	17	IMOVAX RABIES VACCINE (PF)	30
hydroxyurea	25	IMURAN	86
hydroxyzine hcl	47	INCONTROL ALCOHOL PADS	92
hydroxyzine pamoate	47	INCONTROL PEN NEEDLE	58
HYPERRAB S/D (PF)	30	INCRELEX	77
I		indapamide	66
i-prin	117	indomethacin	47
I-VITE	117	INFANRIX (DTAP) (PF)	30
i-vite protect	117	infant fever reducer-pain relf	117
IBRANCE	25	infant pain reliever	118
ibuprofen	47, 117	infant's acetaminophen	118
ibuprofen ib	117	infant's non-aspirin	118
ibuprofen-oxycodone	47	infant's pain relief	118
ICAPS	117	infant's pain reliever	118
icaps areds	117	INFANT'S TYLENOL	118
ICAPS MV	117	infants' pain and fever	118
ICLUSIG	25	infants' pain relief	118
IDAMYCIN PFS	25	INFED	96
idarubicin	25	INFUMORPH P/F	47

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



INFUVITE ADULT	96	IONOSOL-MB IN D5W	66
INFUVITE PEDIATRIC	96	iophen dm-nr	118
INGREZZA	47	iophen-nr	118
INLYTA	25	IPOL	30
insect repellent (deet)	118	ipratropium bromide	33, 70
INSECT REPELLENT (PICARIDIN)	118	ipratropium-albuterol	33
INSPIRACHAMBER	96	irbesartan	38
INSPIRACHAMBER WITH MASK-MED	96	irbesartan-hydrochlorothiazide	38
INSPIRACHAMBER WITH MASK-SMALL	96	IRESSA	25
INSTA-GLUCOSE	118	irinotecan	25
INSULIN SYR/NDL U100 HALF MARK	58	iron	118
INSULIN SYRINGE	58	iron (ferrous sulfate)	118
INSULIN SYRINGE MICROFINE	58	ISENTRESS	17
INSULIN SYRINGE NEEDLELESS	58	ISENTRESS HD	17
INSULIN SYRINGE ULTRAFINE	58	isibloom	77
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100	58	ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE	66
INSULIN SYRINGES (DISPOSABLE)	59	ISOLYTE-S	66
INSUPEN	59	isoniazid	17
INTELENCE	17	ISOPROPYL ALCOHOL	118
INTRALIPID	66	ISOPTO CARPINE	70
INTRON A	17	isosorbide dinitrate	38
introvale	77	isosorbide mononitrate	38
INVANZ	17	isradipine	38
INVEGA SUSTENNA	47	ISTODAX	26
INVEGA TRINZA	47	itch relief (clotrimazole)	118
INVIRASE	17	itraconazole	17
INVOKAMET	77	IV PREP WIPES	92
INVOKAMET XR	77	ivermectin	17
INVOKANA	77	IXEMPRA	26
inzo antifungal	118	IXIARO (PF)	30
IONOSOL-B IN D5W	66		

J

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



JAKAFI	26	KETEK	17
jantoven	35	ketoconazole	17, 92
JANUMET	77	ketoprofen	47
JANUMET XR	77	ketorolac	70
JANUVIA	77	KEYTRUDA	26
JARDIANCE	77	kid's vitamins	118
jencycla	77	kid's vitamins + extra c	118
JENTADUETO	78	kid's vitamins + iron	118
JENTADUETO XR	78	kids vitamins + iron	118
JEVTANA	26	kids vitamins complete	118
jock itch (clotrimazole)	118	kimidess (28)	78
jock itch (terbinafine)	118	KIMONO CONDOMS(NON-LUBRICATED)	118
juleber	78	KIMONO MAXX CONDOMS	118
JULUCA	17	KIMONO MICROTHIN AQUA LUBE CON	118
junel fe 1.5/30 (28)	78	KIMONO MICROTHIN CONDOMS	118
junel fe 1/20 (28)	78	KIMONO MICROTHIN LARGE CONDOMS	119
junel fe 24	78	KIMONO TEXTURED CONDOMS	119
junel 1.5/30 (21)	78	KINRIX (PF)	30
junel 1/20 (21)	78	kionex	66
		kionex (with sorbitol)	66
	K	KISQALI	26
KABIVEN	66	KISQALI FEMARA CO-PACK	26
KADCYLA	26	klor-con m10	66
KALETRA	17	KLOR-CON M15	66
KALYDECO	89	klor-con m20	66
kao-tin (bismuth subsalicylat)	118	klor-con sprinkle	66
kao-tin (docusate calcium)	118	KLOR-CON 10	66
KAOPLECTATE (DOCUSATE CALCIUM)	118	KLOR-CON 8	66
kaoplectate ex str (bismuth ss)	118	konsyl (sugar)	119
kariva (28)	78	KONSYL EASY MIX	119
kelnor 1/35 (28)	78	konsyl fiber	119
KEPIVANCE	92		

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



KONSYL FORMULA-D	119	lax stool softener with senna	119
konsyl sugar-free	119	laxacin	119
KONSYL SUGAR-FREE (ASPARTAME)	119	laxaclear	119
KORLYM	78	laxative (bisacodyl)	119
kurvelo	78	laxative (glycerin-pediatric)	119
KUVAN	86	laxative (sennosides)	119
KYNAMRO	38	laxative dietary supplement	119
KYPROLIS	26	laxative peg 3350	119
		laxative pills regular	119
		laxative plus stool softener	119
L		LAZANDA	48
l norgest/e.estradiol-e.estrad	78	lc-4	119
labetalol	38	lc-5	119
lactated ringers	66	leflunomide	86
lactulose	66	LENVIMA	26
lamisil at	119	lessina	78
lamivudine	17	LETAIRIS	89
lamivudine-zidovudine	17	letrozole	78
lamotrigine	48	leucovorin calcium	86
LANOXIN	38	LEUKERAN	26
LANOXIN PEDIATRIC	38	LEUKINE	35
lansoprazole	72	leuprolide	78
LANTUS	78	LEVEMIR	78
LANTUS SOLOSTAR	78	LEVEMIR FLEXTOUCH	78
larin fe 1.5/30 (28)	78	levetiracetam	48
larin fe 1/20 (28)	78	levetiracetam in nacl (iso-os)	48
larin 1.5/30 (21)	78	levobunolol	70
larin 1/20 (21)	78	levocarnitine	86
larin 24 fe	78	levocarnitine (with sugar)	86
larissia	78	levocetirizine	22
LARTRUVO	26	levofloxacin	18, 70
latanoprost	70		
LATUDA	48		

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



levofloxacin in d5w	18	linezolid-0.9% sodium chloride	18
levoleucovorin	86	LINZESS	72
levonest (28)	78	liothyronine	79
levonorg-eth estrad triphasic	78	LIPO-FLAVONOID PLUS	120
levonorgestrel	119	liquid antacid	120
levonorgestrel-ethinyl estrad	78	liquid corn and callus remover	120
levora-28	78	liquitears	120
levorphanol tartrate	48	lisinopril	38
levothyroxine	79	lisinopril-hydrochlorothiazide	38
LEVOXYL	79	lite coat aspirin	120
LEXIVA	18	LITE TOUCH INSULIN PEN NEEDLES	59
LIALDA	72	LITE TOUCH INSULIN SYRINGE	59
lice bedding spray	119	LITE TOUCH-MEDIUM MASK	96
lice complete kit 1-2-3	119	LITEAIRE MDI CHAMBER	96
lice killing	119	LITETOUCH-LARGE MASK	96
lice killing (permethrin)	119	LITETOUCH-SMALL MASK	96
lice pyrinyl shampoo	119	lithium carbonate	48
lice solution	119	lithium citrate	48
lice treatment	119	LITHOSTAT	66
lice treatment (permethrin)	119	LITTLE ANIMALS	120
LICIDE SPRAY	119	little animals-iron	120
lidocaine	92, 120	little remedies	120
lidocaine (pf)	84	little remedies fever and pain	120
lidocaine hcl	70, 84	LMX 4	120
lidocaine viscous	70	LMX 5	120
lidocaine-prilocaine	92	LONSURF	26
lidocream	120	loperamide	120
lillow	79	lopinavir-ritonavir	18
lincomycin	18	loradamed	120
lindane	92	loratadine	120
linezolid	18	lorazepam	48

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



lorazepam intensol	48	MAG-AL PLUS	120
loryna (28)	79	mag-al plus extra strength	120
losartan	38	MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG	59
losartan-hydrochlorothiazide	38	MAGELLAN SYRINGE	59
lotrimin af	120	maglox	120
LOTTRIMIN AF (CLOTRIMAZOLE)	120	MAGNEBIND 300	120
lovastatin	38	magnesium oxide	120
low-ogestrel (28)	79	magnesium sulfate	48
loxapine succinate	48	magnesium sulfate in d5w	48
lubricant eye	120	magnesium sulfate in water	48, 97
lubricant eye (polyv alcohol)	120	MAGOX	120
lubrifresh pm	120	malathion	92
LUMIGAN	70	manganese chloride	97
LUMIZYME	68	mapap (acetaminophen)	121
LUPRON DEPOT	79	mapap extra strength	121
LUPRON DEPOT (3 MONTH)	79	maprotiline	48
LUPRON DEPOT (4 MONTH)	79	marlissa	79
LUPRON DEPOT (6 MONTH)	79	MARPLAN	48
LUPRON DEPOT-PED	79	MARQIBO	26
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH)	79	masanti double strength	121
lutera (28)	79	masophen	121
LYNPARZA	26	MATULANE	26
LYRICA	48	MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE	59
LYSODREN	26	maximum daily multivitamin	121
lyza	79	meclizine	121
		meclofenamate	48
	M	medi-laxx	121
M.V.I. ADULT	96	medi-meclizine	121
M.V.I. PEDIATRIC	97	mediproxen	121
M-M-R II (PF)	30	medroxyprogesterone	79
MAALOX ADVANCED	120	mefloquine	18
maalox maximum strength	120		

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



mega multi for women	121	METAMUCIL SUGAR-FREE (ASPART)	121
mega multiple/chelated mineral	121	metaproterenol	33
mega multivitamin for men	121	metaxalone	33
mega multivitamin with mineral	121	metformin	79
megestrol	79	methadone	49
MEKINIST	26	METHADOSE	49
meloxicam	48, 49	methazolamide	70
melphalan	26	methenamine hippurate	18
melphalan hcl	26	methergine	88
memantine	49	methimazole	79
men 50 plus multivitamin	121	METHITEST	79
men's multi-vitamin	121	methocarbamol	33
men's one daily	121	methotrexate sodium	26
MENACTRA (PF)	30	methotrexate sodium (pf)	27
MENEST	79	methoxsalen	92
MENHIBRIX (PF)	30	methylclothiazide	66
MENOMUNE - A/C/Y/W-135	30	METHYLCELLULOSE (BULK)	121
MENOMUNE - A/C/Y/W-135 (PF)	30	methyldopa	38
MENTAX	92	methyldopa-hydrochlorothiazide	39
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)	30	methylergonovine	88
meperidine	49	methylphenidate hcl	49
MEPHYTON	97	methylprednisolone	79
mercaptopurine	26	methylprednisolone acetate	79
meropenem	18	methylprednisolone sodium succ	79
meropenem-0.9% sodium chloride	18	methyltestosterone	80
mesalamine	73	metipranolol	70
mesalamine with cleansing wipe	73	metoclopramide hcl	73
mesna	86	metolazone	66
MESNEX	86	metoprolol succinate	39
METAMUCIL	121	metoprolol ta-hydrochlorothiaz	39
METAMUCIL (WITH SUGAR)	121	metoprolol tartrate	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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



metronidazole	18, 92	minoxidil	39
metronidazole in nacl (iso-os)	18	mintox	122
mexiletine	39	mintox maximum strength	122
mgo	121	mintox plus	122
mi-acid	121	MIRALAX	122
MIACALCIN	80	mirtazapine	49
micatin	121	misoprostol	73
miconazole nitrate	122	mitomycin	27
miconazole 7	121	mitoxantrone	27
miconazole-skin clnsr17	122	modafinil	49
miconazole-3	92, 122	moexipril	39
miconazorb af	122	moexipril-hydrochlorothiazide	39
micro-guard	122	molindone	49
MICROCHAMBER	97	mometasone	92
microgestin fe 1.5/30 (28)	80	MONAGHAN Z STAT CHAMBER	97
microgestin fe 1/20 (28)	80	MONAGHAN Z STAT CHAMBER-LG MSK	97
microgestin 1.5/30 (21)	80	MONAGHAN Z STAT CHAMBER-MD MSK	97
microgestin 1/20 (21)	80	MONAGHAN Z STAT CHAMBER-SM MSK	97
MICROGESTIN 24 FE	80	MONISTAT 3	122
MICROSPACER	97	MONISTAT 7	122
midodrine	33	MONOJECT INSULIN SAFETY SYRINGE	59
MIDOL (NAPROXEN)	122	MONOJECT INSULIN SYRINGE	59
miglitol	80	MONOJECT SYRINGE	59
migraine formula	122	MONOJECT ULTRA COMFORT INSULIN	59
migraine pain reliever	122	montelukast	89
migraine relief	122	morphine	49, 50
milk of magnesia	122	morphine (pf)	50
milltrium senior	122	morphine concentrate	50
mimvey	80	motion relief (meclizine)	122
MINI ULTRA-THIN II	59	motion sickness	122
minocycline	18	motion sickness (meclizine)	122

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



motion sickness ii	122	muro 128	123
motion sickness relief	122	muscle relief	123
motion sickness relief ii	122	MUSTARGEN	27
motion sickness relief(mecliz)	122	MX-SOL	123
motion-time	122	my favorite multiple	123
MOUTHPIECE	122	MYALEPT	80
move it along	122	mycophenolate mofetil	86
moxifloxacin	70	mycophenolate mofetil hcl	86
MOZOBIL	35	mycophenolate sodium	86
MULTAQ	39	MYFORTIC	86
multi complete with iron	122	MYKIDZ IRON	123
multi-day with iron	122	MYLOTARG	27
multi-delyn	122	myorisan	92
MULTI-DELYN WITH IRON	122	MYRBETRIQ	94
MULTILEX	122	myzilra	80
MULTILEX-T AND M	123		
multiple vitamin-minerals	123	N	
multiple vitamin, womens	123	nabumetone	50
multiple vitamins	123	nadolol	39
multiple vitamins with iron	123	nadolol-bendroflumethiazide	39
multivital	123	nafacillin	18
multivital platinum	123	nafacillin in dextrose iso-osm	18
multivitamin	123	NAGLAZYME	68
multivitamin with iron	123	nalbuphine	50
multivitamin with minerals	123	naloxone	50
multivitamin 50 plus	123	naltrexone	50
multivitamin-calcium and iron	123	NAMENDA XR	50
mupirocin	92	NAMZARIC	50
mupirocin calcium	92	naphazoline	70
MURINE EAR	123	naproxen	50
murine ear wax removal system	123	naproxen sodium	50, 123
		naratriptan	50

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



NARCAN	50	nausea control	124
nasal allergy symptom control	123	nausea relief	124
nasal and sinus decongestant	123	NEBUPENT	18
nasal antiseptic swabs	123	necon 0.5/35 (28)	80
nasal decongestant (pseudoeph)	123	necon 1/35 (28)	80
nasal moisturizing	123	necon 10/11 (28)	80
nasal spray (sodium chloride)	123	nefazodone	50
NASALCROM	123	neo-polycin	70
NASCOBAL	97	neo-polycin hc	70
nateglinide	80	neomycin	18
NATPARA	80	neomycin-bacitracin-poly-hc	70
NATRAPEL	123	neomycin-bacitracin-polymyxin	70
natura-lax	123	neomycin-polymyxin b gu	92
natural b-100	123	neomycin-polymyxin b-dexameth	70
natural balance	123	neomycin-polymyxin-gramicidin	70
natural balance tears	123	neomycin-polymyxin-hc	70
natural calcium	124	NEOSPORIN (NEO-BAC-POLYM)	124
natural daily fiber	124	neosporin (neo-polym-gramicid)	70
natural fiber laxative	124	neosporin anti-itch	124
natural fiber laxative (sugar)	124	NEOSPORIN PLUS PAINRELIEF(BAC)	124
natural fiber laxative therapy	124	NEPHRAMINE 5.4 %	66
natural fiber laxative(aspart)	124	NEPHRO-VITE	124
natural psyllium fiber	124	NEPHRONEX	124
natural senna laxative	124	NERLYNX	27
natural veg laxative(dextrose)	124	NEULASTA	35
natural veg laxative(sennosid)	124	NEUPOGEN	35
natural vegetable	124	NEUPRO	50
natural vegetable (psyllium)	124	neutraphor	124
natural vegetable powder	124	nevirapine	18
nature's tears	124	NEXAVAR	27
nature's tears (hypromellose)	124	niacor	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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



nicardipine	39	norethindrone acetate	80
nicoderm cq	124	norethindrone-e.estradiol-iron	80
nicorelief	124	norgestimate-ethinyl estradiol	80
NICORETTE	124	norlyda	80
nicotine	124	norlyroc	80
nicotine (polacrilex)	124	NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE	66
NICOTROL NS	33	NORMOSOL-R	66
nifedical xl	39	NORMOSOL-R IN 5 % DEXTROSE	66
nifedipine	39	NORMOSOL-R PH 7.4	66
nighttime allergy relief	124	nortemp	125
nighttime sleep-aid (doxylamn)	125	NORTHERA	33
nikki (28)	80	nortrel 0.5/35 (28)	80
NILANDRON	27	nortrel 1/35 (21)	80
nilutamide	27	nortrel 1/35 (28)	80
nimodipine	39	nortrel 7/7/7 (28)	80
NINLARO	27	nortriptyline	50
nitrofurantoin	18	NORVIR	18
nitrofurantoin macrocrystal	18	NOVAFERRUM PEDIATRIC	125
nitrofurantoin monohyd/m-cryst	18	NOVOFINE AUTOCOVER	60
nitroglycerin	39	NOVOFINE PLUS	60
NITROSTAT	39	NOVOFINE 30	60
NIX CREME RINSE	125	NOVOFINE 32	60
noble formula hc	125	NOVOLIN N	80
non-aspirin	125	NOVOLIN R	80
non-aspirin child	125	NOVOLIN 70/30	80
non-aspirin extra strength	125	NOVOLOG	80
non-aspirin pain relief	125	NOVOLOG FLEXPEN	81
non-drowsy allergy	125	NOVOLOG MIX 70-30	81
noreth-ethinyl estradiol-iron	80	NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN	81
norethindrone (contraceptive)	80	NOVOLOG PENFILL	81
norethindrone ac-eth estradiol	80	NOVOPEN ECHO	60

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



NOVOTWIST	60	olanzapine	50, 51
NOXAFIL	18	omega-3 acid ethyl esters	39
nts step 1	125	omeprazole	73
NUEDEXTA	50	omnicap	125
NULOJIX	86	OMNITROPE	81
NUPLAZID	50	ONCASPAR	27
NUTRILIPID	66	ONCCOR	125
NUTRISOURCE FIBER	125	once daily	125
nuzole	125	oncovite	125
nyamyc	92	ondansetron	73
nyata	92	ondansetron hcl	73
nystatin	18, 92	ondansetron hcl (pf)	73
nystatin-triamcinolone	92	one daily	125
nystop	92	one daily calcium/iron	125
		ONE DAILY COMPLETE	125
	O	one daily energy	126
OCEAN FOR KIDS	125	one daily essential	126
OCEAN NASAL	125	one daily for men	126
octreotide acetate	87	one daily for men 50+ advanced	126
ocutabs	125	one daily for women	126
ocuvite with lutein	125	one daily maximum	126
ODEFSEY	18	one daily maximum (with ca)	126
ODOMZO	27	one daily men's 50+	126
OFEV	89	one daily multi-vit w-mineral	126
off active	125	one daily multivit-iron(folic)	126
off deep woods	125	one daily multivitamin	126
off deep woods dry	125	one daily plus iron	126
off deep woods sportsmen	125	one daily plus minerals	126
off familycare (with deet)	125	one daily with iron	126
ofloxacin	19, 70	one daily women 50 plus	126
ogestrel (28)	81	one daily women's	126
okebo	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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



one daily women's health	126	os-cal 500 + d3	127
one daily women's metabolism	126	oseltamivir	19
ONE WAY VALVED MOUTHPIECE	126	oxaliplatin	27
ONE-A-DAY CHOLESTEROL PLUS	126	oxandrolone	81
one-a-day essential	126	oxaprozin	51
one-a-day maximum formula	126	oxazepam	51
one-a-day teen advantage	126	oxcarbazepine	51
ONE-A-DAY WOMENS FORMULA	126	oxybutynin chloride	94
ONFI	51	oxycodone	51
ONIVYDE	27	oxycodone-acetaminophen	51
opcicon one-step	126	oxycodone-aspirin	51
OPDIVO	27	oysco 500/d	127
OPSUMIT	89	oysco-500	127
opti-vitamins	126	oyster shell + d3	127
OPTICHAMBER ADULT MASK-LARGE	97	oyster shell calcium	127
OPTICHAMBER DIAMOND LG MASK	97	oyster shell calcium 500	127
OPTICHAMBER DIAMOND VHC	97	oyster shell calcium-vit d2	127
OPTICHAMBER DIAMOND-MED MSK	97	oyster shell calcium-vit d3	127
OPTICHAMBER DIAMOND-SML MASK	97	oystercal-d	127
ORA-PLUS	126		
ORA-SWEET	126	P	
ORA-SWEET SF	126	PACERONE	39
ORAL SUSPEND	126	paclitaxel	27
ORAL SYRUP	126	PAIN AND FEVER	127
ORAL SYRUP SF	126	pain relief	127
oralone	92	pain relief (acetamin-asp-caf)	127
oralyte	126	pain relief adult	127
ORFADIN	87	pain relief extra strength	127
ORKAMBI	89	pain relief regular strength	127
orphenadrine citrate	33	pain reliever	127
orsythia	81	pain reliever (acetam-aspirin)	127
		pain reliever extra strength	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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



pain reliever plus	127	PEDIATRIC SMALL MASK	128
pain-off	127	PEDVAX HIB (PF)	31
paliperidone	51	peg 3350-electrolytes	73
pamidronate	87	peg-electrolyte soln	73
pamprin max	127	PEGANONE	51
PANDA MASK	127	PEGINTRON	19
PANRETIN	92	PEGINTRON REDIPEN	19
pantoprazole	73	peg3350	128
paricalcitol	94	PEN NEEDLE	60
paroex oral rinse	70	PEN NEEDLE, DIABETIC	60
paromomycin	19	penicillin g potassium	19
paroxetine hcl	51	penicillin g sodium	19
PASER	19	penicillin v potassium	19
PATADAY	70	PENTACEL (PF)	31
PAXIL	51	PENTAM	19
PAZEO	70	pentazocine-naloxone	51
PEDI-BORO SOAK	127	PENTIPS	60
PEDIA-LAX	127	pentoxifylline	35
pediacare fever reducer	127	pep-t-med	128
PEDIALYTE	127	PEPCID AC	128
PEDIALYTE ADVANCED CARE	127	peptic relief	128
PEDIALYTE FREEZER POPS	127	PEPTO-BISMOL	128
PEDIALYTE SINGLES	127	PEPTO-BISMOL MAX ST	128
PEDIARIX (PF)	30	PEPTO-BISMOL TO-GO	128
pediatric cough and cold	127	PERDIEM OVERNIGHT RELIEF	128
pediatric electrolyte	127	PERFOROMIST	33
pediatric enema	127	PERI-COLACE	128
pediatric freezer pops	128	PERIGUARD	128
PEDIATRIC MEDIUM MASK	128	PERIKABIVEN	66
pediatric multivitamin	128	perindopril erbumine	39
PEDIATRIC PANDA MASK	128	periogard	70

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



PERJETA	27	pioglitazone	81
permethrin	92, 128	pioglitazone-glimepiride	81
perphenazine	51	pioglitazone-metformin	81
perphenazine-amitriptyline	51	piperacillin-tazobactam	19
PERSA-GEL	128	pirmella	81
pfizerpen-g	19	piroxicam	52
pharbedryl	128	PLAN B ONE-STEP	128
pharbetol	128	PLASMA-LYTE A	66
pharmacist favorite multi-vit	128	PLASMA-LYTE 148	66
phenelzine	51	PLASMA-LYTE-56 IN 5 % DEXTROSE	66
phenobarbital	51	pnv cmb#95-ferrous fumarate-fa	128
PHENYTEK	51	pnv ob+dha	94
phenytoin	51	POCKET CHAMBER	97
phenytoin sodium	51	podofilox	92
phenytoin sodium extended	52	poly bacitracin (zinc)	128
phillips	128	POLY-VI-SOL	128
PHILLIPS MILK OF MAGNESIA	128	POLY-VI-SOL WITH IRON	128
phillips' liqui-gels	128	poly-vita	128
PHOS-NAK	128	poly-vita (iron)	129
PHOSLYRA	66	poly-vitamin	129
PHOSPHOLINE IODIDE	70	poly-vitamin with iron	129
PHYSIOLYTE	66	POLY-VITAMINS	129
PHYSIOSOL IRRIGATION	66	polycin	71
phytonadione (vitamin k1)	97	polyethylene glycol 3350	73, 129
pilocarpine hcl	33, 71	polymyxin b sulf-trimethoprim	71
pimozide	52	polymyxin b sulfate	19
pimtrea (28)	81	POLYSPORIN	129
pin-x	128	polyvinyl alcohol	129
pindolol	39	polyvitamin with iron	129
pink bismuth	128	POMALYST	27
pink bismuth maximum strength	128	portia	81

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



PORTRAZZA	27	prednisone intensol	81
potassium chlorid-d5-0.45%nacl	67	PREMARIN	81
potassium chloride	67	PREMASOL 10 %	67
potassium chloride in lr-d5	67	PREMASOL 6 %	67
potassium chloride in 0.9%nacl	67	PREMPHASE	81
potassium chloride in 5 % dex	67	PREMPRO	81
potassium chloride-d5-0.2%nacl	67	PRENATABS FA	95
potassium chloride-d5-0.3%nacl	67	prenatal	129
potassium chloride-d5-0.9%nacl	67	prenatal formula	129
potassium chloride-0.45 % nacl	67	prenatal plus (calcium carb)	95
potassium citrate	67	prenatal tablet	129
POTIGA	52	prenatal vitamin with minerals	129
povidone-iodine	129	prenatal vits96-iron fum-folic	129
powderlax	129	preparation h hydrocortisone	129
pr natal 400	94	PRESERVISION AREDS	129
pr natal 400 ec	95	prevalite	40
pr natal 430	95	previfem	81
pr natal 430 ec	95	PREZCOBIX	19
PRALUENT PEN	39	PREZISTA	19
PRALUENT SYRINGE	39	PRIFTIN	19
pramipexole	52	primaquine	19
prasugrel	35	PRIMEAIRE	97
pravastatin	39	primidone	52
prazosin	39	PRIMSOL	19
PRED-G	71	PRISTIQ	52
PRED-G S.O.P.	71	PRIVIGEN	31
prednicarbate	93	PRO COMFORT ALCOHOL PADS	93
prednisolone	81	PRO COMFORT PEN NEEDLE	60
prednisolone acetate	71	probenecid	67
prednisolone sodium phosphate	71, 81	probenecid-colchicine	67
prednisone	81	procainamide	40

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



PROCALAMINE 3%	67	PROSIGHT	129
PROCHAMBER	97	PROSIGHT WITH LUTEIN	129
prochlorperazine	73	PROTONIX	73
prochlorperazine edisylate	73	protriptyline	52
prochlorperazine maleate	73	provil	129
PROCRIT	35	pseudoephedrine hcl	129
procto-med hc	93	psyllium husk	129
procto-pak	93	PULMOZYME	89
proctosol hc	93	pure and gentle disposable	129
proctozone-hc	93	purelax	129
PRODIGY INSULIN SYRINGE	60	PURIXAN	27
PROFE FORTE	129	pyrazinamide	19
progesterone in oil	81	pyridostigmine bromide	33
progesterone micronized	81	pyridoxine (vitamin b6)	97
PROGLYCEM	81	Q	
PROGRAF	87	q-dryl	129
PROLEUKIN	27	q-pap	129
PROLIA	87	q-pap extra strength	129
PROMACTA	35	q-tussin	129
promethazine	22	q-tussin dm	130
promethegan	22	QUADRACEL (PF)	31
promolaxin	129	quasense	81
propafenone	40	quenalin	130
proprantheline	33	quetiapine	52
proparacaine	71	quinapril	40
propranolol	40	quinapril-hydrochlorothiazide	40
propranolol-hydrochlorothiazid	40	quinidine gluconate	40
propylthiouracil	81	quinidine sulfate	40
PROQUAD (PF)	31	quinine sulfate	19
PRORENAL	129	quintabs-m iron free	130
PRORENAL QD	129	quit 2	130

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



quit 4	130	REMODULIN	89
R		rena-vite	130
RABAVERT (PF)	31	RENACIDIN	97
raloxifene	81	renal vitamin	130
ramipril	40	renal-vite	130
RANEXA	40	REVELA	67
ranitidine hcl	73	repaglinide	82
RAPAMUNE	87	REPATHA PUSHTRONEX	40
rasagiline	52	REPATHA SURECLICK	40
react	130	REPATHA SYRINGE	40
ready-to-use enema	130	repe family	130
REBETOL	19	repe hunter's	130
reclipsen (28)	82	repe sportsmen	130
RECOMBIVAX HB (PF)	31	repe sportsmen dry	130
recort plus	130	repe sportsmen max	130
rectasmoothe	130	repe tick defense	130
RECTICARE	130	repe 100	130
RECTIV	93	RESCRIPTOR	19, 20
reese's pinworm medicine	130	reserpine	40
REFRESH LACRI-LUBE	130	RESTASIS	71
REGRANEX	93	RESTASIS MULTIDOSE	71
reguloid	130	RETROVIR	20
reguloid (psyllium husk)	130	REVATIO	40
reguloid, sugar free	130	REVLIMID	27
RELENZA DISKHALER	19	REXULTI	52
RELION NEEDLES	60	REYATAZ	20
RELION PEN NEEDLES	60	RHEUMATREX	27
RELISTOR	73	ri-gel	130
REMEDY ANTIFUNGAL	130	ri-gel ii	130
remedy phytoplex antifungal	130	ri-mox	130
REMICADE	87	ri-tussin	130

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



ri-tussin dm	130	roweepra	52
ribasphere	20	RUBRACA	27
ribavirin	20	RULOX	131
RID COMPLETE LICE ELIM KIT	131	RYDAPT	27
rid lice killing	131		
RIDAURA	74	S	
rifabutin	20	SABRIL	52
RIFAMATE	20	safe tussin dm	131
rifampin	20	SAFESNAP INSULIN SYRINGE	60
RIFATER	20	saline mist	131
riluzole	52	saline nasal	131
rimantadine	20	saline nasal mist	131
ringer's	67	saline nose	131
ringworm	131	SAMSCA	67
risacal-d	131	SANCUSO	73
risedronate	87	SANDIMMUNE	87
RISPERDAL CONSTA	52	SANDOSTATIN LAR DEPOT	87
risperidone	52	SANI-SUPP (ADULT)	131
RITEFLO AEROCHAMBER	97	SANI-SUPP (INFANT)	131
RITUXAN	27	SANTYL	93
RITUXAN HYCELA	27	SAPHRIS (BLACK CHERRY)	52
rivastigmine tartrate	33	SAVELLA	52
rizatriptan	52	scalp relief	131
robafen	131	scalpicin anti-itch	131
robafen dm cough	131	scooby-doo one a day	131
robafen dm cough-chest congest	131	scopolamine base	73
robitussin cough-chest cong dm	131	SCOT-TUSSIN EXPECTORANT	131
ropinirole	52	scrub care povidone iodine	131
rosuvastatin	40	sea soft nasal mist	131
ROTARIX	31	secura antifungal	131
ROTATEQ VACCINE	31	secura antifungal extra thick	131
		selegiline hcl	52

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



SELZENTRY	20	siladryl sa	132
sen-o-tab	131	sildenafil (antihypertensive)	40
senexon	131	SILICONE MASK - INFANT	97
senexon-s	131	SILICONE MASK - PEDIATRIC	132
senior tabs	131	silphen cough	132
SENNA	131	siltussin dm das	132
senna lax	131	siltussin sa	132
senna laxative	131	siltussin-dm	132
senna laxative-stool softener	131	silver sulfadiazine	93
senna plus	132	SIMPLE SYRUP	132
senna with docusate sodium	132	SIMPONI	87
senna-s	132	SIMULECT	87
senna-time s	132	simvastatin	40
sennalax-s	132	sirolimus	87
senno	132	SIRTURO	20
sennosides-docusate sodium	132	SIVEXTRO	20
SENOKOT	132	skin protectant a and d	132
SENOKOT-S	132	sleep aid (doxylamine)	132
SENSIPAR	82	SMOFLIPID	67
sentry	132	smooth antacid	132
sentry (with lutein)	132	smoothlax	132
sentry senior	132	sochlor	132
SEREVENT DISKUS	33	sodium bicarbonate	67, 132
SEROSTIM	82	sodium chloride	67, 97, 132
sertraline	52	sodium chloride 0.45 %	67
setlakin	82	sodium chloride 0.9 %	67
shake that ache	132	sodium chloride 3 %	67
sharobel	82	sodium chloride 5 %	67
SIDESTREAM PEDIATRIC FACE MASK	132	SODIUM EDECIN	67
SIGNIFOR	82	sodium ferric gluconat-sucrose	97
silace	132	sodium lactate	67

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



sodium phenylbutyrate	68	spironolactone	40
sodium phosphate	97	sprintec (28)	82
sodium polystyrene (sorb free)	68	SPRITAM	52, 53
sodium polystyrene sulfonate	68	SPRYCEL	27
sof-lax	132	SPS (WITH SORBITOL)	68
SOLTAMOX	82	sronyx	82
SOLU-MEDROL	82	SSD	93
SOLU-MEDROL (PF)	82	st joseph aspirin	133
soluble fiber	132	st. joseph aspirin	133
SOMATULINE DEPOT	82	stavudine	20
SOMAVERT	82	STERILE GAUZE PAD	88
soothe (bismuth subsalicylate)	132	STIMATE	82
soothe regular strength	132	stimulant laxative plus	133
soothing care (hydrocortisone)	133	STIOLTO RESPIMAT	33
sorbugen nr	133	STIVARGA	27
SORIATANE	93	stomach relief	133
sorine	40	stomach relief max strength	133
sotalol	40	stomach relief original	133
sotalol af	40	stool softener	133
SOVALDI	20	stool softener-stimulant laxat	133
spectravite adult 50+	133	stop lice	133
spectravite advanced formula	133	STRATTERA	53
spectravite men's	133	STRENSIQ	68
spectravite senior	133	streptomycin	20
spectravite ultra men 50+	133	stress b with zinc	133
spectravite ultra men's sr	133	stress b-biotin	133
spectravite ultra women	133	stress formula with iron	133
spectravite ultra women's sr	133	stress formula with zinc	133
SPIRIVA RESPIMAT	33	stress formula 600 c	133
SPIRIVA WITH HANDIHALER	33	stress 500	133
spironolacton-hydrochlorothiaz	40	stress 500 plus zinc	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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



STRIBILD	20	SUPREP BOWEL PREP KIT	73
STRIVERDI RESPIMAT	33	SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS	93
STUART ONE	133	SURE COMFORT INS. SYR. U-100	60
SUBOXONE	53	SURE COMFORT INSULIN SYRINGE	60
SUCRAID	68	SURE COMFORT PEN NEEDLE	61
sucralfate	73	SURE-FINE PEN NEEDLES	61
SUDAFED	133	SURE-JECT INSULIN SYRINGE	61
sudogest	133	SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS	93
sulfacetamide sodium	71	SURFAK	134
sulfacetamide sodium (acne)	93	SURMONTIL	53
sulfacetamide-prednisolone	71	SUSTIVA	20
sulfadiazine	20	SUTENT	28
sulfamethoxazole-trimethoprim	20	SWEEN 24	134
sulfasalazine	20	SWEET-SF	134
sulindac	53	syeda	82
sumatriptan	53	SYLATRON	20
sumatriptan succinate	53	SYLVANT	28
super b complex-vitamin c	133	SYMBICORT	89
super b-50 complex	133	SYMLINPEN 120	82
super b-50 complex plus	133	SYMLINPEN 60	82
super calcium	133	SYNAGIS	20
super multiple	133	SYNAREL	82
SUPER MULTIVITAMIN	134	SYNERCID	21
super pain relief	134	SYNJARDY	82
super quintis b-50	134	SYNJARDY XR	82
super thera vite m	134	SYNRIBO	28
superplex-t	134	SYNTHROID	82
suphedrin	134	SYPRINE	74
suphedrine	134		
suppository adult	134		
SUPRAX	20		

T

tab-a-vite	134
tab-a-vite-minerals	134

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



TABLOID	28	terbinafine hcl	21, 134
tacrolimus	87, 93	terbutaline	33
tactical	134	terconazole	93
tactical extra strength	134	TERUMO INSULIN SYRINGE	61
TAFINLAR	28	testosterone cypionate	83
TAGRISSO	28	testosterone enanthate	83
TAKE ACTION	134	tetanus-diphtheria toxoids-td	31
TAMIFLU	21	tetanus,diphtheria tox ped(pf)	31
tamoxifen	82	tetrabenazine	53
tamsulosin	33	tetracycline	21
TARCEVA	28	THALOMID	87
TARGRETIN	28, 93	the magic bullet	134
tarina fe 1/20 (28)	83	theophylline	94
TASIGNA	28	thera	134
TAXOTERE	28	THERA M PLUS (FERROUS FUMARAT)	134
tazarotene	93	THERA-M	134
TAZORAC	93	thera-tabs	134
taztia xt	40	theradex m	134
tears again (pva)	134	theralogix companion	134
tears naturale ii	134	therapeutic m + beta-carotene	134
tears pure	134	therapeutic-m	134
TECENTRIQ	28	therapeutic-m vitamin/minerals	134
TECHLITE PEN NEEDLE	61	theraseal	134
TEFLARO	21	theratrum complete with lutein	134
TEKTURNA	40	theratrum complete 50 plus/lut	134
telmisartan	40	THEREMS	134
telmisartan-amlodipine	41	THEREMS-H	135
temazepam	53	THEREMS-M	135
TEMODAR	28	THERMAZENE	93
TENIVAC (PF)	31	thiamine hcl (vitamin b1)	97
terazosin	41	THINPRO INSULIN SYRINGE	61

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



THIOLA	87	TOPCARE CLICKFINE	61
thioridazine	53	TOPCARE ULTRA COMFORT	61
thiotepa	28	topiramate	53
thiothixene	53	toposar	28
thrivite-19	95	topotecan	28
THYMOGLOBULIN	87	TORISEL	28
THYROLAR-1	83	torsemide	68
THYROLAR-1/2	83	total allergy medicine	135
THYROLAR-1/4	83	total b/c	135
THYROLAR-2	83	total home insect repellent	135
THYROLAR-3	83	TOUJEO SOLOSTAR	83
tiagabine	53	TOVIAZ	94
ticlopidine	35	TPN ELECTROLYTES	68
tigecycline	21	TRACLEER	89
TIKOSYN	41	TRADJENTA	83
tilia fe	83	tramadol	53
timolol maleate	41, 71	tramadol-acetaminophen	53
tinidazole	21	trandolapril	41
tioconazole	135	tranexamic acid	35
tioconazole-1	135	TRANSDERM-SCOP	73
TIVICAY	21	tranylcypromine	53
tizanidine	33	TRAVASOL 10 %	68
TOBI PODHALER	21	TRAVATAN Z	71
tobramycin	71	travel sickness	135
tobramycin sulfate	21	trazodone	53
tobramycin-dexamethasone	71	TREANDA	28
TOBREX	71	TRECTOR	21
TOLAK	93	TRELSTAR	83
tolbutamide	83	TRESIBA FLEXTOUCH U-100	83
tolcapone	53	TRESIBA FLEXTOUCH U-200	83
tolterodine	94	tretinoin	93

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



tretinoin (chemotherapy)	28	triple paste af	135
TREXALL	28	TRISENOX	28
tri femynor	83	TRIUMEQ	21
tri-biozene	135	trivora (28)	83
tri-buffered aspirin	135	trixaicin	135
tri-legest fe	83	trixaicin hp	135
tri-lo-estarylla	83	TROMBONEX	135
tri-lo-sprintec	83	TROPHAMINE 10 %	68
tri-previfem (28)	83	TROPHAMINE 6%	68
tri-sprintec (28)	83	tropicamide	71
TRI-VI-SOL	135	tropium	94
tri-vita	135	TRUEPLUS INSULIN	61
tri-vitamin	135	TRUEPLUS PEN NEEDLE	62
triamcinolone acetonide	93	TRULICITY	83
triamterene-hydrochlorothiazid	68	TRUMENBA	31
triderm	93	TRUSTEX LATEX CONDOM	135
trifluoperazine	53	TRUSTEX LUBRICATED CONDOMS	135
trifluridine	71	TRUSTEX NON-LUB CONDOMS	135
trihexyphenidyl	53	TRUSTEX-RIA LUB/SPERMICIDE	135
triklo	41	TRUSTEX-RIA LUBRICATED CONDOMS	135
trilyte with flavor packets	73	TRUSTEX-RIA NON-LUB CONDOMS	135
trimethobenzamide	74	TRUVADA	21
trimethoprim	21	TUMS	135
trimipramine	53	TUMS E-X	135
trinessa (28)	83	TUMS EXTRA STRENGTH SMOOTHIES	135
trinessa lo	83	TUMS FRESHERS	135
TRINTELLIX	53	TUMS ULTRA	135
triple antibiotic	135	tusnel diabetic	135
triple antibiotic (pram) extra	135	tussin	135
triple antibiotic plus	135	tussin chest congestion	136
triple antibiotic-pain relief	135	tussin cough dm	136

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



tussin cough-chest congestion	136	ultimate men's complete 50+	136
tussin dm	136	ultimate women's complete 50+	136
tussin dm clear	136	ultra a-d	136
tussin dm cough	136	ultra b-100 complex	136
tussin dm cough and chest	136	ULTRA CMFT INS SYR HALF UNIT	62
tussin dm max	136	ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE	63
tussin expectorant	136	ultra dm free and clear	136
tussin honey	136	ultra fresh pm	136
TWINRIX (PF)	31	ultra sleep (doxylamine succ)	136
TYBOST	87	ultra strength antacid	136
TYGACIL	21	ultra strength calcium antacid	136
TYKERB	28	ultra tuss safe	136
TYLENOL	136	ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR	63
TYLENOL SORE THROAT	136	ULTRA-THIN II (SHORT) PEN NDL	63
tylophen	136	ULTRA-THIN II INS PEN NEEDLES	63
TYPHIM VI	31	ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE	63
TYSABRI	87	ultrathon	136
TYVASO	89	UNICOMPLEX-M	136
TYVASO INSTITUTIONAL START KIT	89	UNIFINE PENTIPS	63
TYVASO REFILL KIT	89	UNIFINE PENTIPS PLUS	63
TYVASO STARTER KIT	89	UNISOM (DOXYLAMINE)	136
TYZEKA	21	UNITHROID	83
		UNITUXIN	28
	U	ursodiol	74
u-cort	93	UVADEX	93
ULTICARE	62		V
ULTICARE INSULIN SYR HALF UNIT	62	vagistat-3	136
ULTICARE INSULIN SYRINGE	62	valacyclovir	21
ULTICARE PEN NEEDLE	62	VALCHLOR	93
ULTILET ALCOHOL SWAB	93	valganciclovir	21
ULTILET INSULIN SYRINGE	62	valproate sodium	53
ULTILET PEN NEEDLE	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 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



valproic acid	53	vicks qlearquil nighttime rlf	136
valproic acid (as sodium salt)	53	VICTOZA 2-PAK	84
valsartan	41	VICTOZA 3-PAK	84
valsartan-hydrochlorothiazide	41	VIDEX 2 GRAM PEDIATRIC	21
valu-dryl allergy	136	VIDEX 4 GRAM PEDIATRIC	21
vancomycin	21	vienva	84
VANISHPOINT SYRINGE	63	vigabatrin	54
VAQTA (PF)	31	VIGAMOX	71
VARIVAX (PF)	31	VIIBRYD	54
VARIZIG	31	VIMPAT	54
VASCEPA	41	vinblastine	29
VECTIBIX	28	vincasar pfs	29
VELCADE	28	vincristine	29
velivet triphasic regimen (28)	83	vinorelbine	29
VELTASSA	68	violele (28)	84
VEMLIDY	21	VIRACEPT	21
VENCLEXTA	28	VIRAZOLE	21
VENCLEXTA STARTING PACK	28	VIREAD	21
venlafaxine	54	vision	136
VENOFER	97	vision formula (with lutein)	137
VENTOLIN HFA	33	vision plus lutein	137
verapamil	41	VITA-BEE WITH C	137
VEREGEN	93	vitalee	137
VERIPRED 20	83	VITALETS	137
VERSACLOZ	54	vitamin a and d	137
verticalm	136	vitamin a and d grx	137
VERZENIO	29	vitamin b complex	137
vestura (28)	83	vitamin d2	97
VIActiv	136	vitamin d3	137
VIBERZI	74	vitamin k	97
vicks qlearquil allergy	136	vitamin k1	97

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



vitamins and minerals	137	wal-sporin	137
vitamins b complex	137	wal-tussin	137
VITAMINS FOR HAIR	137	wal-tussin dm	137
VITATRUM	137	wal-tussin dm clear	137
VITEKTA	21	wal-zan 75	138
VITRUM SENIOR	137	wal-zyr (cetirizine)	138
VOLTAREN	54	warfarin	35
voriconazole	21, 22	wart remover	138
VORTEX FROG MASK-CHILD	137	water for inject, bacteriostat	98
VORTEX HOLDING CHAMBER	97	water for injection, sterile	98
VORTEX HOLDING CHAMBER CHILD	98	water for irrigation, sterile	68
VORTEX HOLDING CHAMBER TODDLER	98	WEBCOL	94
VORTEX LADYBUG MASK-TODDLER	137	WELCHOL	41
VORTEX VHC FROG MASK-CHILD	98	wera (28)	84
VORTEX VHC LADYBUG MASK-TODDLER	98	WINRHO SDF	31
VOTRIENT	29	woman's laxative	138
VPRIV	68	women's daily formula	138
VRAYLAR	54	women's gentle laxative(bisac)	138
VYXEOS	29	women's laxative (bisacodyl)	138
		women's one daily	138
		women's stool softener	138
		wymzya fe	84
W		X	
wal-dram	137	XALKORI	29
wal-dryl allergy	137	XARELTO	35
wal-itin	137	XATMEP	29
wal-mucil fiber	137	XELJANZ	87
wal-mucil fiber (aspartame)	137	XELJANZ XR	87
wal-mucil fiber (sugar)	137	XGEVA	87
wal-mucil natural fiber lax	137	XIFAXAN	22
wal-phed	137	XOLAIR	89
wal-profen	137		
wal-proxen	137		
wal-som (doxylamine)	137		

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



XTAMPZA ER	54	ziprasidone hcl	54
XTANDI	29	ZIRGAN	71
XYREM	54	zoledronic acid	87
Y		zoledronic acid-mannitol-water	87
yelets	138	ZOLINZA	29
YERVOY	29	zolpidem	54
YF-VAX (PF)	31	zonisamide	54
YONDELIS	29	ZONTIVITY	36
Z		zoo chews	138
zafirlukast	90	zoo friends	138
zaleplon	54	zoo friends original	138
ZALTRAP	29	ZORTRESS	87, 88
ZANOSAR	29	ZOSTAVAX (PF)	31
ZANTAC 75	138	zovia 1/35e (28)	84
zarah	84	zovia 1/50e (28)	84
ZARXIO	35	ZOVIRAX	94
ZAVESCA	87	ZYDELIG	29
zeasorb (miconazole)	138	ZYKADIA	29
ZEJULA	29	ZYPREXA RELPREVV	54
ZELBORAF	29	ZYRTEC	138
ZEMPLAR	95	ZYTIGA	29
zenatane	94	ZYVOX	22
zenchent fe	84	1-day	98
ZERBAXA	22	1ST TIER UNIFINE PENTIPS	54
ZERIT	22	1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS	54
ZETIA	41	24hour allergy	98
ZIAGEN	22	3 day vaginal	98
zidovudine	22	3-day vaginal	98
zinc chloride	98	4-n-1 no rinse wash	98
zinc oxide	138	8-MOP	90
ZINC WITH VITAMINS A AND C	138		

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



Lista de medicamentos por enfermedad

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

Infecciones.....	13	Medicamentos radiológicos no pertenecientes95 a la Parte D
Alergias.....	22	
Cáncer.....	22	Medicamentos de venta sin receta médica.....98
Prevención de enfermedades.....	29	
Trastornos autoinmunes.....	32	
Coagulación de la sangre.....	34	
Enfermedades cardíacas.....	36	
Enfermedades cerebrales y de la médula espinal.....	41	
Diabetes.....	54	
Medicamentos utilizados para el diagnóstico de la enfermedad.....	63	
Hipertensión y la retención de agua.....	64	
Enfermedades genéticas.....	68	
Enfermedades de ojos, oídos, nariz y garganta.....	69	
Enfermedades estomacales e intestinales.....	71	
Artritis.....	74	
Niveles altos de metal en sangre.....	74	
Desequilibrio hormonal.....	74	
Dolor local.....	84	
Artritis y otras enfermedades como esclerosis múltiple y osteoporosis.....	84	
Hemorragia postparto.....	88	
Tratamiento de heridas.....	88	
Asma.....	88	
Problemas de la piel.....	90	
Problemas de vejiga.....	94	
Deficiencia de vitaminas.....	94	

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



La discriminación es contra la ley

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 1-800-787-3311, 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 1-800-787-3311 o bien, si utiliza un TTY, llame al 711.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante el **Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos**, Oficina de Derechos Civiles, por medios electrónicos a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o por teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

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

Multi-Language Interpreter Services

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

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

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

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

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

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

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

ગુજરાતી (Gujarati): સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો **1-800-787-3311 (TTY: 711)**.

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

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

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

λληνικά (Greek): ΠΡΟΣΟΧΗ: Αν μιλάτε ελληνικά, στη διάθεσή σας βρίσκονται υπηρεσίες γλωσσικής υποστήριξης, οι οποίες παρέχονται δωρεάν. Καλέστε **1-800-787-3311 (TTY: 711)**.

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

Diné Bizaad (Navajo): Dii baa akó ninizín: Dii saad bee yániłti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánída'áwo'déé', t'áá jiił'eh, éi ná hóló, kojí' hódííłnih **1-800-787-3311 (TTY: 711)**.

العربية (Arabic):

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

हिंदी (Hindi): ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। **1-800-787-3311 (TTY: 711)** पर कॉल करें।

وڊرا (Urdu):

خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں **1-800-787-3311**۔ (TTY: 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 H0336-001 (MEDICARE-MEDICAID PLAN) AL 1-800-787-3311 (TTY: 711), DE LUNES A VIERNES DE 8 A.M. A 8 P.M., HORA DEL CENTRO. LA LLAMADA ES GRATUITA.

Humana[®]