

2020

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 12/11/2020 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.[®]

Humana Gold Plus Integrated H0336-001 (Plan Medicare-Medicaid) | Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) para 2020

Introducción:

Este documento se llama *Lista de medicamentos cubiertos* (también conocida como *Lista de medicamentos*). Le indica qué medicamentos recetados y medicamentos y artículos de venta sin receta están cubiertos por Humana Gold Plus Integrated. La *Lista de medicamentos* también le indica si existen reglas o restricciones especiales para algún medicamento cubierto por Humana Gold Plus Integrated. Los términos claves y sus definiciones aparecen en el último capítulo del *Manual para los afiliados*.

Índice:

A. Descargos de responsabilidad	4
B. Preguntas frecuentes	5
B1. ¿Qué medicamentos recetados están en la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> ? (A la <i>Lista de medicamentos cubiertos</i> la llamamos "Lista de medicamentos" para abreviar).	5
B2. ¿La <i>Lista de medicamentos</i> cambia alguna vez?	6
B3. ¿Qué sucede cuando se produce un cambio en la <i>Lista de medicamentos</i> ?	6
B4. ¿Existe alguna restricción o límite en la cobertura de medicamentos o alguna medida necesaria para obtener determinados medicamentos?	8
B5. ¿Cómo sabrá si el medicamento que quiere tiene limitaciones o si existe alguna medida que deba tomar para obtener el medicamento?	8
B6. ¿Qué sucede si cambiamos nuestras reglas con respecto a algunos medicamentos (por ejemplo, autorización previa (aprobación), límites de cantidad y/o restricciones de terapia por fases)?	8
B7. ¿Cómo puede buscar un medicamento en la <i>Lista de medicamentos</i> ?	9
B8. ¿Qué sucede si el medicamento que quiere utilizar no está en la <i>Lista de medicamentos</i> ?	9
B9. ¿Qué sucede si usted es un afiliado nuevo de Humana Gold Plus Integrated y no encuentra su medicamento en la <i>Lista de medicamentos</i> o tiene un problema para obtenerlo?	9
B10. ¿Puede solicitar una excepción para que se cubra su medicamento?	12
B11. ¿Cómo puede solicitar una excepción?	12
B12. ¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción?	12
B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?	12
B14. ¿Qué son los medicamentos OTC?	13
B15. ¿Humana Gold Plus Integrated cubre productos de venta sin receta que no son medicamentos?	13
B16. ¿Cuál es su copago?	13
B17. ¿Qué son los niveles de medicamentos?	13
C. Lista de medicamentos cubiertos	14
D. Lista de medicamentos por afección médica	129
E. Índice de medicamentos cubiertos	172

Si tiene preguntas, llame a Humana Gold Plus Integrated (Plan Medicare-Medicaid) 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. **Para obtener más información**, visite espanol.humana.com

Humana Gold Plus Integrated (Plan Medicare-Medicaid) | Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) para 2020

A. Descargos de responsabilidad

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 y/o las redes de farmacias y proveedores pueden cambiar durante el año. Le enviaremos una notificación antes de realizar un cambio que le afecte.
- Atención: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame 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.
- Attention: If you speak Spanish, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-787-3311 (TTY: 711), Monday - Friday from 8 a.m. - 8 p.m. Central Time. The call is free.
- Puede obtener este documento gratis en otros formatos, como letra grande, Braille o audio. Llame 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.

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.

- Si quiere solicitar o cambiar un pedido permanente, llame a Atención al cliente al 1-800-787-3311 (TTY: 711). Estamos disponibles de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. La llamada es gratuita.
- Mantendremos su idioma preferido además del inglés y/o formato alternativo para futuros envíos y comunicaciones.
- No necesitará hacer una solicitud por separado cada vez.

B. Preguntas frecuentes

Encuentre aquí las respuestas a las preguntas que tiene sobre esta Lista de medicamentos cubiertos. Puede leer todas las preguntas frecuentes para informarse más, o buscar una pregunta y respuesta.

B1. ¿Qué medicamentos recetados están en la Lista de medicamentos cubiertos? (A la Lista de medicamentos cubiertos la llamamos "Lista de medicamentos" para abreviar).

Los medicamentos de la Lista de medicamentos cubiertos que comienza en la página 14, son los medicamentos cubiertos por Humana Gold Plus Integrated. Estos medicamentos están disponibles en las farmacias de nuestra red. Una farmacia está en nuestra red si tenemos un acuerdo con ella para trabajar juntos y proveerle servicios a usted. Nos referimos a estas farmacias como "farmacias de la red".

- Humana Gold Plus Integrated cubrirá todos los medicamentos necesarios por razones médicas de la Lista de medicamentos si:
 - su médico u otro profesional que expide la receta dicen que usted los necesita para ponerse mejor o mantenerse sano, **y**
 - usted surte el medicamento recetado en una farmacia de la red de Humana Gold Plus Integrated.
- Es posible que Humana Gold Plus Integrated tenga pasos adicionales para el acceso a determinados medicamentos (vea la pregunta 5 más abajo).

También puede ver una lista actualizada de los medicamentos que cubrimos en nuestro sitio web en **Humana.com/medicaid-dual/illinois** o puede 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 centro. La llamada es gratuita.

B2. ¿La Lista de medicamentos cambia alguna vez?

Sí, y Humana Gold Plus Integrated debe seguir las normas de Medicare y Medicaid al hacer cambios. Podemos añadir o eliminar medicamentos de la Lista de medicamentos durante el año. Por ejemplo, podríamos:

- Determinar si exigir o no exigir aprobación previa para un medicamento. (Aprobación previa es el permiso de Humana Gold Plus Integrated antes de que usted pueda obtener un medicamento).
- Añadir o cambiar la cantidad de un medicamento que puede obtener (lo que se llama límites de cantidad).
- Añadir o cambiar restricciones de terapia por fases para un medicamento. (Terapia por fases significa que debe probar un medicamento antes de que cubramos otro medicamento).

Para obtener más información sobre estas normas de medicamentos, consulte la pregunta B4.

Si utiliza un medicamento que estaba cubierto al **comienzo** del año, por lo general no eliminaremos ni modificaremos la cobertura de dicho medicamento **durante el resto del año** a menos que:

- aparezca un medicamento nuevo más económico con la misma eficacia que un medicamento que ahora se encuentra en la Lista de medicamentos, **o**
- se descubre que un medicamento no es seguro, **o**
- un medicamento sea retirado del mercado.

En las preguntas B3 y B6 a continuación, encontrará más información sobre lo que sucede cuando cambia la Lista de medicamentos.

- Siempre puede consultar la Lista de medicamentos actualizada de Humana Gold Plus Integrated en línea en **Humana.com/medicaid-dual/illinois**.
 - También puede llamar a Atención al cliente para ver la Lista de medicamentos actual 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.
-

B3. ¿Qué sucede cuando se produce un cambio en la Lista de medicamentos?

Algunos cambios en la Lista de medicamentos se producirán **inmediatamente**. Por ejemplo:

- **Se dispone de un medicamento genérico nuevo.** A veces aparece un medicamento nuevo más económico que tiene la misma eficacia que un medicamento que ahora se encuentra en la Lista de medicamentos. Cuando eso sucede, es posible que eliminemos el medicamento actual, pero el costo del nuevo medicamento se mantendrá igual. Cuando añadimos el nuevo medicamento genérico, también podemos decidir mantener el medicamento actual en la lista pero cambiar las reglas o límites de cobertura.
 - Es posible que no le informemos antes de realizar este cambio, pero le enviaremos información sobre el cambio específico que hayamos realizado una vez que esto ocurra.
 - Usted o su proveedor pueden solicitar una excepción a estos cambios. Le enviaremos una notificación con los pasos que puede seguir para solicitar una excepción. Vea la pregunta B10 para obtener más información sobre las excepciones.
- **Se retira un medicamento del mercado.** Si la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés) dice que un medicamento que usted toma no es seguro, o el fabricante del medicamento lo

retira del mercado, lo quitaremos de la Lista de medicamentos. Si está tomando el medicamento, se lo haremos saber.

Es posible que hagamos otros cambios que afecten a los medicamentos que toma. Le informaremos con anticipación sobre estos otros cambios en la Lista de medicamentos. Estos cambios pueden ocurrir si:

- La FDA proporciona nuevas directrices o existen nuevas directrices clínicas sobre un medicamento.
- Añadimos un medicamento genérico que no es nuevo en el mercado y
 - Reemplazamos un medicamento de marca que actualmente está en la Lista de medicamentos o
 - Cambian las reglas o límites de cobertura para el medicamento de marca.

Cuando se produzcan estos cambios, nosotros:

- Le informaremos como mínimo 30 días antes de realizar el cambio en la Lista de medicamentos, o bien
- Le informaremos y le proporcionaremos un suministro de 30 días del medicamento una vez que usted solicite una repetición de la receta.

Así tendrá tiempo de hablar con su médico **u** otro profesional que expide la receta. Ellos podrán ayudarle a determinar:

- Si existe un medicamento similar en la Lista de medicamentos que usted pueda tomar en su lugar, o bien
- Si solicitar una excepción a estos cambios. Para obtener más información sobre las excepciones, consulte la pregunta B10.

B4. ¿Existe alguna restricción o algún límite en la cobertura de medicamentos? ¿O existe alguna medida que se deba tomar para obtener determinados medicamentos?

Sí, algunos medicamentos tienen normas de cobertura o límites en la cantidad que usted puede obtener. En algunos casos usted, su médico u otro profesional que expide la receta deben hacer algo antes de poder obtener el medicamento. Por ejemplo:

- **Aprobación previa (o autorización previa):** para algunos medicamentos, usted, su médico u otro profesional que expide la receta deben obtener la aprobación de Humana Gold Plus Integrated antes de surtir el medicamento recetado. Si no obtiene una aprobación, es posible que Humana Gold Plus Integrated no cubra el medicamento.
- **Límites de cantidad:** a veces, Humana Gold Plus Integrated limita la cantidad de un medicamento que usted puede obtener.
- **Terapia por fases:** a veces, Humana Gold Plus Integrated requiere que usted haga una terapia por fases. Esto significa que tendrá que probar medicamentos para su afección médica en un determinado orden. Es posible que tenga que probar un medicamento antes de que cubramos otro. Si su médico considera que el primer medicamento no le resulta eficaz, entonces cubriremos el segundo.
- **Cobertura basada en indicaciones:** si Humana Gold Plus Integrated cubre un medicamento únicamente para algunas afecciones médicas, lo identificaremos claramente en la Lista de medicamentos junto con las afecciones médicas específicas que están cubiertas.

Puede averiguar si su medicamento tiene límites o requisitos adicionales al consultar en los cuadros que aparecen a partir de la página 15. También puede obtener más información si visita nuestro sitio web en **Humana.com/medicaid-dual/illinois**. Hemos publicado documentos en línea que explican nuestras restricciones de autorización previa y terapia por fases. También puede pedirnos que le envíemos una copia.

Puede solicitar una excepción a estos límites. Así tendrá tiempo de hablar con su médico u otro profesional que expide la receta. Ellos podrán ayudarle a determinar si existe un medicamento similar en la Lista de medicamentos que usted pueda utilizar en lugar del otro o si puede solicitar una excepción. Lista de medicamentos que puede utilizar en su lugar o si solicita una excepción. Vea las preguntas B10 a B12 para obtener más información sobre las excepciones.

B5. ¿Cómo sabrá si el medicamento que quiere tiene limitaciones o si existe alguna medida que deba tomar para obtener el medicamento?

La *Lista de medicamentos cubiertos* de la página 14 tiene una columna denominada "Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso".

B6. ¿Qué sucede si cambiamos las normas que rigen cómo cubrimos algunos medicamentos (por ejemplo, si añadimos requisitos de autorización previa (aprobación), límites de cantidad y/o restricciones de terapia por fases para un medicamento)?

En algunos casos, le informaremos con anticipación si añadimos o cambiamos requisitos de aprobación previa, límites de cantidad y/o restricciones de terapia por fases para un medicamento. Vea la pregunta B3 para obtener más información sobre este aviso con anticipación y las situaciones en las que es posible que no podamos informarle con anticipación cuando cambien nuestras reglas sobre los medicamentos de la Lista de medicamentos.

B7. ¿Cómo puede 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 afección médica.

Para buscar por orden alfabético, vaya a la sección Listado alfabético. Puede encontrarla a partir de la página 129.

Para buscar por afección médica, busque la sección denominada "Lista de medicamentos por afección médica" en la página 172. Los medicamentos de esta sección están agrupados en categorías conforme al tipo de afecciones médicas para las cuales se utilizan. Por ejemplo, si tiene una afección cardíaca, debe buscar en la categoría de afecciones relacionadas con el corazón. Allí es donde encontrará los medicamentos que tratan las afecciones del corazón.

B8. ¿Qué sucede si el medicamento que quiere utilizar no está en la Lista de medicamentos?

Si no ve su medicamento en la Lista de medicamentos, llame a Atención al cliente al 1-800-787-3111 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro y consulte al respecto. La llamada es gratuita. Si le dicen que Humana Gold Plus Integrated no cubrirá el medicamento, tiene estas opciones:

- Pida a Atención al cliente una lista de medicamentos similares al que usted quiere utilizar. Luego muéstrelle la lista a su médico u otro profesional que expide la receta. Ellos pueden recetarle otro medicamento de la Lista de medicamentos que sea parecido al que usted quiere tomar. **O bien**
 - Puede solicitarle al plan de salud que haga una excepción para la cobertura de su medicamento. Vea la pregunta 11 para obtener más información sobre las excepciones.
-

B9. ¿Qué sucede si usted es un afiliado nuevo de Humana Gold Plus Integrated y no encuentra su medicamento en la Lista de medicamentos o tiene un problema para obtenerlo?

Podemos brindarle ayuda. Podemos cubrir un suministro temporal de 30 días de su medicamento durante los primeros 90 días que es afiliado de Humana Gold Plus Integrated. Así tendrá tiempo de hablar con su médico u otro profesional que expide la receta. Ellos podrán ayudarle a determinar si existe un medicamento similar en la Lista de medicamentos que usted pueda utilizar en lugar del otro o si puede solicitar una excepción.

Si su receta es para menos días, permitiremos que se surta la receta varias veces con el fin de proveerle hasta un máximo de 30 días del medicamento.

Cubriremos un suministro de 30 días del medicamento si:

- utiliza un medicamento que no está en nuestra Lista de medicamentos, **o**
- las normas del plan de salud no le permiten obtener la cantidad indicada por el profesional que expide la receta, **o**
- el medicamento requiere la aprobación previa de Humana Gold Plus Integrated, **o**
- usted utiliza un medicamento que es parte de una restricción de terapia por fases.

Si vive en un hogar de ancianos u otro centro de cuidado a largo plazo, puede repetir su y necesita un medicamento recetado hasta por 98 días. Puede que no está en la Lista de medicamentos, o si no puede obtener repeticiones del con facilidad el medicamento que necesita, podemos brindarle ayuda. Si ha estado en el plan por más de 90 días, vive en un centro de cuidado a largo plazo y necesita un suministro de inmediato:

- Cubriremos un suministro para 31 días del medicamento varias veces que necesita (a menos que usted tenga una receta para menos días), independientemente de que sea un afiliado nuevo de Humana Gold Plus Integrated o no.

-
- Esto se agrega al suministro temporal durante los primeros 90 días del plan. De esta manera, el profesional que expide la receta puede cambiar sus medicamentos a los que están en la Lista de medicamentos o solicitar una excepción.en que sea afiliado de Humana Gold Plus Integrated.

Si obtiene el subsidio por ingresos limitados (LIS, por sus siglas en inglés) en 2020

La cantidad que usted paga por su suministro para 30 días no será superior a su límite de LIS.

Si no recibe el LIS

La cantidad que usted paga por su suministro para 30 días se basará en los términos de su plan. Consulte el Manual para los afiliados en <https://www.Humana.com/medicaid-dual/illinois/plan-details> para obtener más información sobre los términos de su plan.

Si cambia el entorno de su tratamiento

Durante el año del plan, puede cambiar el entorno de su tratamiento debido a un cambio en el nivel de su cuidado médico. Por ejemplo, usted puede:

- Pasar de un hospital o centro de enfermería especializada a un entorno hogareño
- Pasar de un entorno hogareño a un hospital o centro de enfermería especializada
- Pasar de un centro de enfermería especializada a otro, por lo que se ve en la necesidad de utilizar una farmacia nueva
- Dejar de estar en un centro de enfermería especializada donde la Parte A de Medicare cubría sus medicamentos recetados, por lo que debe utilizar la Parte D ahora
- Desistir en su estatus de hospicio, por lo que debe utilizar las Partes A y B de Medicare ahora
- Dejar un hospital psiquiátrico a largo plazo donde sus medicamentos se adaptaban según sus necesidades

En estos casos, cubriremos hasta **30 días** de un medicamento que cubre la Parte D de Medicare cuando obtiene el medicamento en una farmacia.

Si cambia el entorno de su tratamiento más de una vez en el mismo mes, es posible que deba pedirnos que hagamos una excepción o aprobemos su medicamento por adelantado.

Analizaremos su solicitud para ver si usted tiene un plan de tratamiento y cambiarlo perjudicaría su salud.

Si necesita más tiempo

Podemos extender su suministro de transición. Esto le permitirá seguir obteniendo su medicamento mientras revisamos su apelación o solicitud de excepción.

Después de obtener un suministro de transición de un medicamento de la Parte D

Es posible que debamos hacer una revisión médica del medicamento si:

- El medicamento no está en nuestra lista aprobada, **o**
- Tenemos que aprobarlo por adelantado porque:
 - Hay límites en la cantidad que puede obtener
 - Debe probar primero un medicamento menos costoso, **o**
 - Necesitamos conocer algunos datos sobre su salud

Si necesitamos conocer algunos datos sobre su salud

Su médico puede darnos estos datos. Esto nos ayudará a trabajar en su solicitud para aprobar su medicamento por adelantado o hacer una excepción si:

- Su medicamento no está en nuestra lista aprobada
- Debemos aprobar su medicamento por adelantado, **o**
- Ha probado otros medicamentos para tratar su problema de salud

Para solicitar una excepción

Pídale a su médico que nos envíe una carta. La carta debe indicar que usted necesita este medicamento para tratar su problema de salud porque los medicamentos que sí cubrimos:

- No funcionarían tan bien para tratar su problema de salud, **o**
- Perjudicarían su salud

La carta debe explicar por qué el límite que aplicamos a su medicamento:

- No es adecuado dado su problema de salud, **o**
- Perjudicaría su salud

En la mayoría de los casos, debemos comunicarle nuestra decisión no más de **72 horas** después de recibir la carta de su médico. Le concederemos una solicitud rápida si determinamos, o si su médico nos dice, que el tiempo de espera de una solicitud estándar podría perjudicar su vida, su salud o su capacidad para funcionar. Con una solicitud rápida, debemos comunicarle nuestra decisión no más de **24 horas** después de que recibamos la carta de su médico.

Si decimos que no a su solicitud de excepción

Puede preguntarnos si cubrimos otro medicamento para su problema de salud si:

- Su medicamento **no** está en nuestra lista aprobada, **o**
- Su medicamento **está** en nuestra lista, pero:
 - Debemos aprobar su medicamento por adelantado
 - Debe probar primero un medicamento menos costoso, **o**
 - Hay límites en la cantidad que puede obtener

Pregúntele a su médico si este medicamento es una buena opción para usted.

También puede solicitarnos que revisemos nuestra decisión. Debe presentar esta apelación no más de **60 días** después de nuestra primera decisión.

Podemos brindarle ayuda

Podemos ayudarles a usted y a su médico a:

- Solicitar una excepción
- Presentar una apelación
- Buscar otro medicamento para su problema de salud
- Obtener más información sobre su Política de transición

Usted y su médico también pueden obtener formularios para solicitarnos que:

- Aprobemos su medicamento por adelantado
- Hagamos una excepción

Simplemente llame al número de servicio al cliente que está al reverso de su tarjeta de identificación del afiliado de Humana. O visite nuestro sitio web, <https://www.Humana.com/medicaid-dual/illinois/pharmacy/>.

Comité de Farmacia y Terapéutica (P&T, por sus siglas en inglés)

Este comité supervisa nuestra lista de medicamentos de la Parte D y las normas relacionadas. Formuló estas normas para ciertos medicamentos de la Parte D. Las normas tienen por objeto garantizar que los medicamentos:

- Se utilicen según las pautas médicas
- Hayan demostrado ser seguros y eficaces para el problema de salud que tratan
- Se receten según las pautas del fabricante

B10. ¿Puede solicitar una excepción para que se cubra su medicamento?

Sí. Puede solicitar a Humana Gold Plus Integrated que haga una excepción y cubra un medicamento que no está en la Lista de medicamentos.

También puede pedirnos que cambiemos las normas que se aplican a su medicamento.

- Por ejemplo, Humana Gold Plus Integrated puede limitar la cantidad de un medicamento que cubriremos. Si su medicamento tiene un límite, puede pedirnos que cambiemos el límite y cubramos más.
- Otros ejemplos: puede pedirnos que eliminemos restricciones de terapia por fases o requisitos de aprobación previa.

B11. ¿Cómo puede solicitar una excepción?

Para solicitar una excepción, llame a Revisión de farmacia clínica de Humana (HCPR, por sus siglas en inglés) al 1-800-555-CLIN (2546) (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. Revisión de farmacia clínica de Humana trabajará con usted y su proveedor para ayudarle a solicitar una excepción. También puede leer el Capítulo 9 del Manual para los afiliados para obtener más información sobre las excepciones.

B12. ¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción?

Primero debemos recibir una declaración del profesional que expide la receta que avale su pedido de una excepción. Una vez que obtengamos la declaración, le comunicaremos nuestra decisión con respecto a su solicitud de excepción dentro de las 72 horas.

Si usted o el profesional que expide la receta consideran que su salud podría deteriorarse por tener que esperar 72 horas una decisión, puede solicitarnos una excepción acelerada. Esta es una decisión más rápida. Si el profesional que expide la receta avala su petición, le comunicaremos nuestra decisión en un plazo de 24 horas después de recibir la declaración de respaldo del profesional que expide la receta.

B13. ¿Qué son los medicamentos genéricos?

Los medicamentos genéricos están hechos con los mismos ingredientes activos que los medicamentos de marca. Generalmente cuestan menos que los medicamentos de marca y suelen no tener nombres conocidos. Los medicamentos genéricos están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA).

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

B14. ¿Qué son los medicamentos OTC?

OTC son las siglas en inglés que corresponden a "de venta sin receta".

Humana Gold Plus Integrated cubre algunos medicamentos de venta sin receta cuando son indicados como medicamentos recetados por su proveedor.

Puede leer la Lista de medicamentos de Humana Gold Plus Integrated para ver qué medicamentos de venta sin receta están cubiertos.

B15. ¿Humana Gold Plus Integrated cubre productos de venta sin receta que no son medicamentos?

Humana Gold Plus Integrated cubre algunos productos de venta sin receta que no son medicamentos cuando estos son indicados como medicamentos recetados por su proveedor.

Puede leer la Lista de medicamentos de Humana Gold Plus Integrated para ver qué productos de venta sin receta que no son medicamentos están cubiertos.

B16. ¿Cuál es su copago?

Como afiliado de Humana Gold Plus Integrated, no tiene ningún copago por medicamentos recetados o de venta sin receta siempre y cuando siga las normas de Humana Gold Plus Integrated.

B17. ¿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 que no pertenecen a Medicare

C. Lista de medicamentos cubiertos

La lista de medicamentos cubiertos que comienza en la página siguiente le brinda información 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 129. El índice enumera alfabéticamente todos los medicamentos cubiertos por Humana Gold Plus Integrated.

En la primera columna de la tabla se indica el nombre del medicamento. Los medicamentos de marca se indican en letra mayúscula (por ejemplo, ABILIFY) y los medicamentos genéricos se indican en letra minúscula cursiva (por ejemplo, acarbosa).

La información en la columna Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso indica si Humana Gold Plus Integrated tiene alguna norma para cubrir el medicamento.

Tenga en cuenta: el asterisco (*) al lado de un medicamento significa que no es un "medicamento de la Parte D". La cantidad que usted paga cuando surte una receta de este medicamento no se contabiliza en sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a calificar para la cobertura catastrófica). Además, si está recibiendo Ayuda adicional para pagar sus medicamentos recetados, no recibirá ayuda adicional para pagar estos medicamentos. Estos medicamentos también tienen normas diferentes en cuanto a apelaciones. Una apelación es la manera formal de solicitarnos que revisemos una decisión de cobertura y la cambiemos si usted considera que cometimos un error. Por ejemplo, podríamos decidir que un medicamento que usted quiere no está cubierto o ya no está cubierto por Medicare o Medicaid. Si usted o su médico no están de acuerdo con nuestra decisión, usted puede apelar. Para solicitar las instrucciones necesarias para presentar una apelación, 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 centro. La llamada es gratuita. También puede leer el Manual para los afiliados para saber cómo apelar una decisión.

Estos son los significados de los códigos utilizados en la columna "Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso":

QL = Límites de cantidad: solo se permite una cantidad específica de un medicamento por un período determinado de días.

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

ST = Terapia por fases: usted debe probar otro medicamento antes de poder obtener este.

DL = Límite de despacho: medicamentos que pueden tener un límite de 30 días de suministro.

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

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

MO = Medicamentos que por lo general están disponibles a través del servicio de pedido por correo.

D. Lista de medicamentos por afección médica

Los medicamentos de esta sección están agrupados en categorías conforme al tipo de afecciones médicas para las cuales se utilizan. Por ejemplo, si tiene una afección cardíaca, debe buscar en la categoría de afecciones relacionadas con el corazón. Allí es donde encontrará los medicamentos que tratan las afecciones del corazón.

ANALGÉSICOS - Medicamentos utilizados para tratar el dolor

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
acetamin-codein 300-30 mg/12.5; acetaminop-codeine 120-12 mg/5 DL	\$0 (Tier 1)	LC (2700 cada 30 días)
acetaminophen-cod #2 tablet DL	\$0 (Tier 1)	LC (390 cada 30 días)
acetaminophen-cod #3 tablet DL	\$0 (Tier 1)	LC (360 cada 30 días)
acetaminophen-cod #4 tablet DL	\$0 (Tier 1)	LC (180 cada 30 días)
BELBUCA 150 MCG, 300 MCG, 450 MCG, 600 MCG, 75 MCG, 750 MCG, 900 MCG BUCCAL FILM DL	\$0 (Tier 2)	LC (60 cada 30 días)
butalb-acetamin-caff 50-325-40 EC	\$0 (Tier 1)	LC (180 cada 30 días)
butorphanol 1 mg/ml vial DL	\$0 (Tier 1)	LC (960 cada 30 días)
butorphanol 10 mg/ml spray DL	\$0 (Tier 1)	
butorphanol 2 mg/ml vial DL	\$0 (Tier 1)	LC (480 cada 30 días)
diclofenac sod ec 25 mg, 50 mg, 75 mg tab EC	\$0 (Tier 1)	
diclofenac sod er 100 mg tab EC	\$0 (Tier 1)	
diclofenac sodium 1% gel EC	\$0 (Tier 1)	
ec-naproxen 500 mg tablet,delayed release EC	\$0 (Tier 1)	
EMBEDA ER 100-4 MG, 20-0.8 MG, 30-1.2 MG, 50-2 MG, 60-2.4 MG, 80-3.2 MG CAPSULE DL	\$0 (Tier 2)	LC (60 cada 30 días)
endocet 10 mg-325 mg tablet; endocet 2.5 mg-325 mg tablet; endocet 5 mg-325 mg tablet; endocet 7.5 mg-325 mg tablet DL	\$0 (Tier 1)	LC (360 cada 30 días)
etodolac 200 mg, 300 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	
etodolac 400 mg, 500 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
fentanyl 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 37.5 mcg/hour, 50 mcg/hr, 62.5 mcg/hour, 75 mcg/hr, 87.5 mcg/hour patch; fentanyl 37.5 mcg/hr patch; fentanyl 62.5 mcg/hr patch; fentanyl 87.5 mcg/hr patch DL	\$0 (Tier 1)	LC (20 cada 30 días)
fentanyl cit otfc 1,200 mcg, 1,600 mcg, 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg; fentanyl citrate otfc 1,200 mcg, 1,600 mcg, 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg DL	\$0 (Tier 1)	AP,LC (120 cada 30 días)
fentanyl 100 mcg/2 ml ampul DL	\$0 (Tier 1)	B vs D,LC (720 cada 30 días)
flurbiprofen 100 mg, 50 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
hydrocodone-acetamin 10-300 mg, 5-300 mg, 7.5-300 mg; hydrocodone-acetamin 7.5-300 DL	\$0 (Tier 1)	LC (390 cada 30 días)
hydrocodone-acetamin 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg; hydrocodone-acetamin 2.5-325; hydrocodone-acetamin 7.5-325 DL	\$0 (Tier 1)	LC (360 cada 30 días)
hydrocodone-acetamin 10-325/15 DL	\$0 (Tier 1)	LC (2700 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
hydrocodone-acetamin 7.5-325/15 DL	\$0 (Tier 1)	LC (5520 cada 30 días)
hydrocodone-ibuprofen 10-200; hydrocodone-ibuprofen 10-200 mg, 5-200 mg, 7.5-200 mg; hydrocodone-ibuprofen 7.5-200 DL	\$0 (Tier 1)	LC (150 cada 30 días)
hydromorphone 2 mg, 4 mg tablet DL	\$0 (Tier 1)	LC (360 cada 30 días)
hydromorphone 2 mg/ml vial DL	\$0 (Tier 1)	B vs D,LC (360 cada 30 días)
hydromorphone 8 mg tablet DL	\$0 (Tier 1)	LC (240 cada 30 días)
hydromorphone hcl 1 mg/ml amp DL	\$0 (Tier 1)	B vs D,LC (720 cada 30 días)
hydromorphone hcl 4 mg/ml amp DL	\$0 (Tier 1)	B vs D,LC (180 cada 30 días)
hydromorphone 50 mg/5 ml vial DL	\$0 (Tier 1)	LC (144 cada 30 días)
ibu 400 mg, 600 mg, 800 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
ibuprofen 100 mg/5 ml susp EC	\$0 (Tier 1)	
ibuprofen 400 mg, 600 mg, 800 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
indomethacin 25 mg, 50 mg, 75 mg capsule; indomethacin er 25 mg, 50 mg, 75 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	
ketoprofen 25 mg, 50 mg, 75 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	
ketorolac 10 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (20 cada 30 días)
meloxicam 15 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (30 cada 30 días)
meloxicam 7.5 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)
methadone 10 mg/5 ml solution DL	\$0 (Tier 1)	LC (1800 cada 30 días)
methadone 10 mg/ml oral conc DL	\$0 (Tier 1)	LC (360 cada 30 días)
methadone 5 mg/5 ml solution DL	\$0 (Tier 1)	LC (3600 cada 30 días)
methadone hcl 10 mg tablet DL	\$0 (Tier 1)	LC (240 cada 30 días)
methadone hcl 10 mg/ml vial DL	\$0 (Tier 1)	LC (360 cada 30 días)
methadone hcl 5 mg tablet DL	\$0 (Tier 1)	LC (480 cada 30 días)
morphine sulf 10 mg/5 ml soln DL	\$0 (Tier 1)	LC (2700 cada 30 días)
morphine sulf 20 mg/5 ml soln DL	\$0 (Tier 1)	LC (1350 cada 30 días)
morphine sulf er 100 mg tablet DL	\$0 (Tier 1)	LC (180 cada 30 días)
morphine sulf er 15 mg, 30 mg, 60 mg tablet DL	\$0 (Tier 1)	LC (120 cada 30 días)
morphine sulf er 200 mg tablet DL	\$0 (Tier 1)	LC (90 cada 30 días)
morphine sulfate 10 mg/ml vial DL	\$0 (Tier 1)	B vs D,LC (360 cada 30 días)
morphine sulfate ir 15 mg, 30 mg tab DL	\$0 (Tier 1)	LC (180 cada 30 días)
morphine sulf 100 mg/5 ml conc DL	\$0 (Tier 1)	LC (540 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
nabumetone 500 mg, 750 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
naproxen 250 mg, 375 mg, 500 mg tablet; naproxen dr 250 mg, 375 mg, 500 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
naproxen sodium 275 mg, 550 mg tab EC	\$0 (Tier 1)	
oxycodone hcl 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg tablet DL	\$0 (Tier 1)	LC (360 cada 30 días)
oxycodone hcl 100 mg/5 ml conc DL	\$0 (Tier 1)	LC (270 cada 30 días)
oxycodone hcl 5 mg capsule DL	\$0 (Tier 1)	LC (360 cada 30 días)
oxycodone hcl 5 mg/5 ml soln DL	\$0 (Tier 1)	LC (5400 cada 30 días)
oxycodon-acetaminophen 2.5-325; oxycodon-acetaminophen 7.5-325; oxycodon-acetaminophen 10-325; oxycodon-acetaminophen 5-325 DL	\$0 (Tier 1)	LC (360 cada 30 días)
oxycodone-aspirin 4.8355-325 DL	\$0 (Tier 1)	LC (360 cada 30 días)
pentazocine-naloxone tablet DL	\$0 (Tier 1)	LC (360 cada 30 días)
piroxicam 10 mg, 20 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	
sulindac 150 mg, 200 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
tramadol er 100 mg, 200 mg, 300 mg tablet; tramadol hcl er 100 mg, 200 mg, 300 mg tablet DL	\$0 (Tier 1)	LC (30 cada 30 días)
tramadol hcl 100 mg tablet DL	\$0 (Tier 1)	LC (120 cada 30 días)
tramadol hcl 50 mg tablet DL	\$0 (Tier 1)	LC (240 cada 30 días)
tramadol-acetaminophen 37.5-325 DL	\$0 (Tier 1)	LC (240 cada 30 días)
XTAMPZA ER 13.5 MG, 18 MG, 27 MG, 36 MG, 9 MG CAPSULE SPRINKLE DL	\$0 (Tier 2)	LC (60 cada 30 días)

ANESTÉSICOS - Medicamentos utilizados para tratar el dolor local

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
lidocaine 5% patch EC	\$0 (Tier 1)	AP,LC (90 cada 30 días)
lidocaine hcl 2% jelly EC	\$0 (Tier 1)	
lidocaine hcl 2% jelly uro-jet EC	\$0 (Tier 1)	
lidocaine viscous 2 % mucosal solution EC	\$0 (Tier 1)	
lidocaine-prilocaine cream EC	\$0 (Tier 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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 CONTRA LA ADICCIÓN/PARA TRATAMIENTO DE FARMACODEPENDENCIA - Medicamentos utilizados para tratar adicción y síntomas de abstinencia

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
acamprosate calc dr 333 mg tab EC	\$0 (Tier 1)	
buprenorphine 2 mg, 8 mg tablet sl EC	\$0 (Tier 1)	LC (90 cada 30 días)
bupreno-nalox 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg sl film; buprenorp-nalox 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg sl film EC	\$0 (Tier 1)	LC (90 cada 30 días)
buprenor-nalox 12-3 mg sl film EC	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)
bupropion hcl sr 150 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (90 cada 30 días)
CHANTIX 0.5 MG, 1 MG TABLET EC	\$0 (Tier 2)	LC (56 cada 28 días)
CHANTIX CONTINUING MONTH BOX 1 MG TABLET EC	\$0 (Tier 2)	LC (56 cada 28 días)
CHANTIX STARTING MONTH BOX 0.5 MG (11)-1 MG (42) TABLETS IN DOSE PACK EC	\$0 (Tier 2)	LC (56 cada 28 días)
disulfiram 250 mg, 500 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
naloxone 0.4 mg/ml vial EC	\$0 (Tier 1)	
naloxone 0.4 mg/ml, 1 mg/ml carpuject; naloxone 2 mg/2 ml syringe EC	\$0 (Tier 1)	
naloxone 2 mg auto-injector EC	\$0 (Tier 2)	LC (0.8 cada 30 días)
naltrexone 50 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
NARCAN 4 MG/ACTUATION NASAL SPRAY EC	\$0 (Tier 2)	LC (2 cada 30 días)
NICOTROL NS 10 MG/ML NASAL SPRAY EC	\$0 (Tier 2)	
VIVITROL 380 MG INTRAMUSCULAR SUSPENSION, EXTENDED RELEASE DL	\$0 (Tier 2)	LC (1 cada 28 días)
ZUBSOLV 0.7 MG-0.18 MG SUBLINGUAL TABLET; ZUBSOLV 1.4 MG-0.36 MG SUBLINGUAL TABLET; ZUBSOLV 2.9 MG-0.71 MG SUBLINGUAL TABLET; ZUBSOLV 5.7 MG-1.4 MG SUBLINGUAL TABLET EC	\$0 (Tier 1)	LC (90 cada 30 días)
ZUBSOLV 11.4 MG-2.9 MG SUBLINGUAL TABLET EC	\$0 (Tier 1)	LC (30 cada 30 días)
ZUBSOLV 8.6 MG-2.1 MG SUBLINGUAL TABLET EC	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)

ANTIBACTERIANOS - Medicamentos utilizados para tratar infecciones causadas por bacterias

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
acetic acid 2% ear solution EC	\$0 (Tier 1)	
amoxicillin 125 mg, 250 mg tab chew EC	\$0 (Tier 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
amoxicillin 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml susp EC	\$0 (Tier 1)	
amoxicillin 250 mg, 500 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	
amoxicillin 500 mg, 875 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
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 EC	\$0 (Tier 1)	
amox-clav 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
ampicillin 250 mg, 500 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	
ampicillin 1 gm add-vantage vl; ampicillin 1 gm vial; ampicillin 1 gram, 10 gram, 125 mg, 2 gram, 250 mg, 500 mg vial; ampicillin 10 gm vial; ampicillin 2 gm add-vantage vl; ampicillin 2 gm vial EC	\$0 (Tier 1)	
ampicillin-sulb 1.5 g add vial; ampicillin-sulbactam 1.5 gm vl; ampicillin-sulbactam 15 gm vl; ampicillin-sulbactam 3 gm vial EC	\$0 (Tier 1)	
azithromycin 1 gm pwd packet EC	\$0 (Tier 1)	
azithromycin 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml susp EC	\$0 (Tier 1)	
azithromycin 250 mg, 500 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
azithromycin 600 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (16 cada 60 días)
azithromycin i.v. 500 mg vial EC	\$0 (Tier 1)	
aztreonam 1 gm vial EC	\$0 (Tier 1)	
aztreonam 2 gm vial DL	\$0 (Tier 1)	
bacitracin 50,000 unit vial EC	\$0 (Tier 1)	
bacitracin 500 unit/gm ophth EC	\$0 (Tier 1)	
BETHKIS 300 MG/4 ML SOLUTION FOR NEBULIZATION DL	\$0 (Tier 2)	AP
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 (Tier 2)	
BICILLIN L-A 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE EC	\$0 (Tier 2)	
cefaclor 250 mg, 500 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	
cefadroxil 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml susp EC	\$0 (Tier 1)	
cefadroxil 500 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	
cefazolin 1 gm vial; cefazolin 1 gram, 10 gram, 500 mg vial; cefazolin 10 gm vial EC	\$0 (Tier 1)	
cefazolin 1 g/50 ml-dextrose; cefazolin 2 g/100 ml-dextrose; cefazolin 2 g/50 ml-dextrose EC	\$0 (Tier 1)	
cefdinir 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml susp EC	\$0 (Tier 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
cefdinir 300 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	
cefepime hcl 1 gm vial; cefepime hcl 1 gram, 2 gram vial EC	\$0 (Tier 1)	
cefixime 400 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	
cefotaxime sodium 1 gm vial EC	\$0 (Tier 1)	
cefotetan 1 gm vial; cefotetan 10 gm vial; cefotetan 2 gm vial EC	\$0 (Tier 1)	
cefoxitin 1 gm vial; cefoxitin 10 gm vial; cefoxitin 2 gm vial EC	\$0 (Tier 1)	
cefoxitin 1 gm piggyback bag; cefoxitin 2 gm piggyback bag EC	\$0 (Tier 1)	
cefpodoxime 100 mg, 200 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
cefprozil 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml susp EC	\$0 (Tier 1)	
cefprozil 250 mg, 500 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
ceftazidime 1 gm vial; ceftazidime 2 gm vial; ceftazidime 6 gm vial EC	\$0 (Tier 1)	
ceftazidime 1 gm piggyback; ceftazidime 2 gm piggyback EC	\$0 (Tier 1)	
ceftriaxone 1 gm add-vant vial; ceftriaxone 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg vial; ceftriaxone 10 gm vial; ceftriaxone 2 gm add vial EC	\$0 (Tier 1)	
cefuroxime axetil 250 mg, 500 mg tab EC	\$0 (Tier 1)	
cefuroxime sod 1.5 gm vial; cefuroxime sod 1.5 gram, 7.5 gram, 750 mg vial; cefuroxime sod 7.5 gm vial EC	\$0 (Tier 1)	
cephalexin 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml susp EC	\$0 (Tier 1)	
cephalexin 250 mg, 500 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	
chloramphen na succ 1 gm vi EC	\$0 (Tier 1)	
ciprofloxacin 0.3% eye drop EC	\$0 (Tier 1)	
ciprofloxacin hcl 100 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg tab EC	\$0 (Tier 1)	
ciprofloxacin 200 mg/100ml-d5w; ciprofloxacin 400 mg/200ml-d5w EC	\$0 (Tier 1)	
clarithromycin 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml sus EC	\$0 (Tier 1)	
clarithromycin 250 mg, 500 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
clarithromycin er 500 mg tab EC	\$0 (Tier 1)	
clindamycin hcl 150 mg, 300 mg, 75 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	
clindamycin 300 mg/50 ml, 600 mg/50 ml, 900 mg/50 ml-ns EC	\$0 (Tier 1)	B vs D
clindamycin-d5w 300 mg/50 ml, 600 mg/50 ml, 900 mg/50 ml EC	\$0 (Tier 1)	
clindamycin pediatric 75 mg/5 ml oral solution EC	\$0 (Tier 1)	
clindamycin 2% vaginal cream EC	\$0 (Tier 1)	
clindamycin ph 1% gel EC	\$0 (Tier 1)	
clindamycin ph 1% solution; clindamycin ph 600 mg/4 ml vl EC	\$0 (Tier 1)	
clindamycin phos 1% plegket EC	\$0 (Tier 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
clindamycin phosp 1% lotion EC	\$0 (Tier 1)	
colistimethate 150 mg vial EC	\$0 (Tier 1)	
daptomycin 350 mg, 500 mg vial DL	\$0 (Tier 1)	
demeclocycline 150 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (240 cada 30 días)
demeclocycline 300 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (120 cada 30 días)
dicloxacillin 250 mg, 500 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	
DIFICID 200 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	LC (20 cada 10 días)
doripenem 250 mg, 500 mg vial EC	\$0 (Tier 1)	
doxy-100 100 mg intravenous solution EC	\$0 (Tier 1)	
doxycycline hyclate 100 mg v/ EC	\$0 (Tier 1)	
doxycycline hyclate 100 mg, 20 mg tab EC	\$0 (Tier 1)	
doxycycline hyclate 100 mg, 50 mg cap EC	\$0 (Tier 1)	
doxycycline 25 mg/5 ml susp EC	\$0 (Tier 1)	
doxycycline mono 100 mg, 50 mg cap EC	\$0 (Tier 1)	
doxycycline mono 100 mg, 50 mg, 75 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
ertapenem 1 gram vial DL	\$0 (Tier 1)	
ery pads 2 % topical swab EC	\$0 (Tier 1)	
ERYTHROCIN 500 MG INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	
erythromycin 0.5% eye ointment EC	\$0 (Tier 1)	
erythromycin dr 250 mg cap EC	\$0 (Tier 1)	
erythromycin 2% pledges EC	\$0 (Tier 1)	
erythromycin 2% solution EC	\$0 (Tier 1)	
gentak 0.3 % (3 mg/gram) eye ointment EC	\$0 (Tier 1)	
gentamicin 0.1% cream EC	\$0 (Tier 1)	
gentamicin 0.1% ointment EC	\$0 (Tier 1)	
gentamicin 3 mg/ml eye drop EC	\$0 (Tier 1)	
gentamicin 80 mg/2 ml vial EC	\$0 (Tier 1)	
gentamicin 70 mg/ns 50 ml pb; gentamicin 90 mg/ns 100 ml pb; iso gentamicin 100 mg/100 ml, 60 mg/50 ml, 70 mg/50 ml, 80 mg/100 ml, 80 mg/50 ml, 90 mg/100 ml; isoton gentamicin 100 mg/100 ml, 60 mg/50 ml, 70 mg/50 ml, 80 mg/100 ml, 80 mg/50 ml, 90 mg/100 ml EC	\$0 (Tier 1)	
imipenem-cilastatin 250 mg, 500 mg v/ EC	\$0 (Tier 1)	
levofloxacin 25 mg/ml solution; levofloxacin 500 mg/20 ml vial EC	\$0 (Tier 1)	
levofloxacin 250 mg, 500 mg, 750 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
levofloxacin 250 mg/50 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml-d5w EC	\$0 (Tier 1)	
lincomycin hcl 600 mg/2 ml vial EC	\$0 (Tier 1)	
linezolid 100 mg/5 ml susp DL	\$0 (Tier 1)	LC (1800 cada 30 días)
linezolid 600 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)
linezolid 600 mg/300 ml-d5w EC	\$0 (Tier 1)	
linezolid 600mg/300ml-0.9%nacl EC	\$0 (Tier 1)	
meropenem iv 1 gm vial; meropenem iv 1 gram, 500 mg vial EC	\$0 (Tier 1)	
meropenem-0.9% nacl 1 gram/50; meropenem-0.9% nacl 500 mg/50 EC	\$0 (Tier 1)	
methenamine hipp 1 gm tablet EC	\$0 (Tier 1)	
metronidazole 0.75% cream EC	\$0 (Tier 1)	
metronidazole 0.75% lotion EC	\$0 (Tier 1)	
metronidazole 250 mg, 500 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
metronidazole topical 0.75% gl; metronidazole topical 1% gel;	\$0 (Tier 1)	
metronidazole vaginal 0.75% gl EC		
metronidazole 500 mg/100 ml EC	\$0 (Tier 1)	
minocycline 100 mg, 50 mg, 75 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	
moxifloxacin 0.5% eye drops EC	\$0 (Tier 1)	
moxifloxacin hcl 400 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
mupirocin 2% ointment EC	\$0 (Tier 1)	
nafcillin 1 gm vial; nafcillin 10 gm bulk vial EC	\$0 (Tier 1)	
nafcillin 1 gm/ 50 ml inj; nafcillin 2 gm/ 100 ml inj DL	\$0 (Tier 1)	
neomycin 500 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
nitrofurantoin 25 mg/5 ml susp EC	\$0 (Tier 1)	LC (2400 cada 30 días)
nitrofurantoin mcr 100 mg, 50 mg cap EC	\$0 (Tier 1)	
nitrofurantoin mono-mcr 100 mg EC	\$0 (Tier 1)	
NUZYRA 150 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	LC (30 cada 14 días)
NUZYRA 150 MG-7 DAY WITH LOAD DL	\$0 (Tier 2)	LC (30 cada 14 días)
NUZYRA 150 MG TABLET-7 DAY DL	\$0 (Tier 2)	LC (30 cada 14 días)
ofloxacin 0.3% ear drops; ofloxacin 0.3% eye drops EC	\$0 (Tier 1)	
ofloxacin 300 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)
ofloxacin 400 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
ORBACTIV 400 MG INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	LC (3 cada 28 días)
paromomycin 250 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	
penicillin gk 20 million unit EC	\$0 (Tier 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
penicillin gk 5 million unit DL	\$0 (Tier 1)	
penicillin g 600,000 unit/1 ml DL	\$0 (Tier 1)	
penicillin g na 5 million unit DL	\$0 (Tier 1)	
penicillin vk 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml soln EC	\$0 (Tier 1)	
penicillin vk 250 mg, 500 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
pfizerpen-g 20 million unit, 5 million unit solution for injection EC	\$0 (Tier 1)	
piperacil-tazobact 13.5 gm v; piperacil-tazobact 13.5 gram, 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram; piperacil-tazobact 2.25 gm v;	\$0 (Tier 1)	
piperacil-tazobact 3.375 gm v; piperacil-tazobact 4.5 gm vial EC		
polymyxin b sulfate vial EC	\$0 (Tier 1)	
PRIMSON 50 MG/5 ML ORAL SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	
silver sulfadiazine 1% cream EC	\$0 (Tier 1)	
SIVEXTRO 200 MG INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	LC (6 cada 28 días)
SIVEXTRO 200 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	LC (6 cada 28 días)
SSD 1 % TOPICAL CREAM EC	\$0 (Tier 1)	
streptomycin sulf 1 gm vial DL	\$0 (Tier 1)	
sulfacetamide 10% eye drops EC	\$0 (Tier 1)	
sulfacetamide 10% eye ointment EC	\$0 (Tier 1)	
sulfacetamide sod 10% top susp EC	\$0 (Tier 1)	
sulfadiazine 500 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
sulfamethoxazole-tmp ds tablet; sulfamethoxazole-tmp ss tablet EC	\$0 (Tier 1)	
sulfamethoxazole-tmp iv vial EC	\$0 (Tier 1)	
sulfamethoxazole-tmp susp EC	\$0 (Tier 1)	
SUPRAX 400 MG CAPSULE EC	\$0 (Tier 2)	
SYNERCID 500 MG INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	
TEFLARO 400 MG, 600 MG INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	
tigecycline 50 mg vial DL	\$0 (Tier 1)	
tinidazole 250 mg, 500 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
tobramycin 0.3% eye drop EC	\$0 (Tier 1)	
tobramycin 300 mg/4 ml ampule DL	\$0 (Tier 1)	AP
tobramycin 10 mg/ml, 40 mg/ml vial EC	\$0 (Tier 1)	
trimethoprim 100 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
vancomycin 1 gm vial; vancomycin 1,000 mg, 1.25 gram, 1.5 gram, 10 gram, 250 mg, 500 mg vial; vancomycin hcl 1,000 mg, 1.25 gram, 1.5 gram, 10 gram, 250 mg, 500 mg vial; vancomycin hcl 10 gm vial EC	\$0 (Tier 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
vancomycin hcl 125 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	LC (120 cada 30 días)
vancomycin hcl 250 mg capsule DL	\$0 (Tier 1)	LC (240 cada 30 días)
ZERBAXA 1.5 GRAM INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	

ANTICONVULSIVOS - Medicamentos utilizados para tratar las convulsiones

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
APTIOM 200 MG, 400 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
APTIOM 600 MG, 800 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
BANZEL 200 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (480 cada 30 días)
BANZEL 40 MG/ML ORAL SUSPENSION DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (2760 cada 30 días)
BANZEL 400 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (240 cada 30 días)
BRIVIACT 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
BRIVIACT 10 MG/ML ORAL SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (600 cada 30 días)
BRIVIACT 50 MG/5 ML INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	AP
carbamazepine 100 mg tab chew EC	\$0 (Tier 1)	
carbamazepine 100 mg/5 ml susp EC	\$0 (Tier 1)	
carbamazepine 200 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
carbamazepine er 100 mg, 200 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (120 cada 30 días)
carbamazepine er 100 mg, 200 mg, 300 mg cap EC	\$0 (Tier 1)	
carbamazepine er 400 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (225 cada 30 días)
CELONTIN 300 MG CAPSULE EC	\$0 (Tier 2)	
clobazam 10 mg, 20 mg tablet DL	\$0 (Tier 1)	AP,LC (60 cada 30 días)
clobazam 2.5 mg/ml suspension DL	\$0 (Tier 1)	AP,LC (480 cada 30 días)
DIASTAT ACUDIAL 12.5 MG-15 MG-17.5 MG-20 MG RECTAL KIT DL	\$0 (Tier 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 DL	\$0 (Tier 1)	
DILANTIN 30 MG CAPSULE EC	\$0 (Tier 1)	
DILANTIN EXTENDED 100 MG CAPSULE EC	\$0 (Tier 1)	
DILANTIN INFATABS 50 MG CHEWABLE TABLET EC	\$0 (Tier 1)	
DILANTIN-125 125 MG/5 ML ORAL SUSPENSION EC	\$0 (Tier 2)	
divalproex dr 125 mg cap sprnk EC	\$0 (Tier 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
divalproex sod dr 125 mg, 250 mg, 500 mg tab EC	\$0 (Tier 1)	
divalproex sod er 250 mg, 500 mg tab EC	\$0 (Tier 1)	
EPIDIOLEX 100 MG/ML ORAL SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP
epitol 200 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
EQUETRO 100 MG, 200 MG, 300 MG CAPSULE, EXTENDED RELEASE EC	\$0 (Tier 2)	
ethosuximide 250 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	
ethosuximide 250 mg/5 ml soln EC	\$0 (Tier 1)	
felbamate 400 mg, 600 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
felbamate 600 mg/5 ml susp DL	\$0 (Tier 1)	
FINTEPLA 2.2 MG/ML ORAL SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (360 cada 30 días)
fosphenytoin 100 mg pe/2 ml, 500 mg pe/10 ml; fosphenytoin 100 mg pe/2 ml, 500 mg pe/10 ml v EC	\$0 (Tier 1)	
FYCOMPA 0.5 MG/ML ORAL SUSPENSION DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (680 cada 28 días)
FYCOMPA 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
gabapentin 100 mg, 300 mg, 400 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	LC (270 cada 30 días)
gabapentin 250 mg/5 ml soln; gabapentin 250 mg/5 ml, 250 mg/5 ml (5 ml), 300 mg/6 ml (6 ml) soln; gabapentin 300 mg/6 ml soln EC	\$0 (Tier 1)	LC (2250 cada 30 días)
gabapentin 600 mg, 800 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (180 cada 30 días)
lamotrigine 100 mg, 150 mg, 200 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 100 mg, 150 mg, 200 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 kit-blue; lamotrigine tab start kt-green; lamotrigine tab start kt-orang EC	\$0 (Tier 1)	
lamotrigine 25 mg, 5 mg disper tab; lamotrigine 25 mg, 5 mg disper tablet EC	\$0 (Tier 1)	
lamotrigine er 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
levetiracetam 1,000 mg, 500 mg, 750 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
levetiracetam 100 mg/ml, 500 mg/5 ml soln; levetiracetam 100 mg/ml, 500 mg/5 ml vial EC	\$0 (Tier 1)	
levetiracetam 250 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)
levetiracetam 500 mg/5 ml soln EC	\$0 (Tier 1)	LC (900 cada 30 días)
levetiracetam er 500 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (180 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
levetiracetam er 750 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (120 cada 30 días)
levetiracetam-nacl 1,000mg/100; levetiracetam-nacl 1,500mg/100;	\$0 (Tier 1)	
levetiracetam-nacl 500 mg/100 EC		
NAYZILAM 5 MG/SPRAY (0.1 ML) NASAL SPRAY DL	\$0 (Tier 2)	LC (10 cada 30 días)
oxcarbazepine 150 mg, 300 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)
oxcarbazepine 300 mg/5 ml susp EC	\$0 (Tier 1)	
oxcarbazepine 600 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
PEGANONE 250 MG TABLET EC	\$0 (Tier 2)	
phenobarbital 100 mg, 16.2 mg, 32.4 mg, 64.8 mg, 97.2 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (90 cada 30 días)
phenobarbital 15 mg, 60 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (120 cada 30 días)
phenobarbital 20 mg/5 ml elix EC	\$0 (Tier 1)	LC (1500 cada 30 días)
phenobarbital 30 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (300 cada 30 días)
PHENYTEK 200 MG, 300 MG CAPSULE EC	\$0 (Tier 2)	
phenytoin 100 mg/4 ml, 125 mg/5 ml susp EC	\$0 (Tier 1)	
phenytoin 50 mg tablet chew EC	\$0 (Tier 1)	
phenytoin 50 mg/ml vial EC	\$0 (Tier 1)	
phenytoin sod ext 100 mg, 200 mg, 300 mg cap EC	\$0 (Tier 1)	
primidone 250 mg, 50 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
roweepra 1,000 mg, 500 mg, 750 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
roweepra xr 500 mg tablet,extended release EC	\$0 (Tier 1)	LC (180 cada 30 días)
roweepra xr 750 mg tablet,extended release EC	\$0 (Tier 1)	LC (120 cada 30 días)
rufinamide 40 mg/ml suspension DL	\$0 (Tier 1)	AP,LC (2760 cada 30 días)
SPRITAM 1,000 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION EC	\$0 (Tier 2)	TP,LC (90 cada 30 días)
SPRITAM 250 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION EC	\$0 (Tier 2)	TP,LC (360 cada 30 días)
SPRITAM 500 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION EC	\$0 (Tier 2)	TP,LC (180 cada 30 días)
SPRITAM 750 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION EC	\$0 (Tier 2)	TP,LC (120 cada 30 días)
subvenite 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
subvenite starter (blue) kit 25 mg (35) tablets in a dose pack EC	\$0 (Tier 1)	
subvenite starter (green) kit 25 mg (84)-100 mg (14) tablet, dose pack EC	\$0 (Tier 1)	
subvenite starter (orange) kit 25 mg (42)-100 mg (7) tablet, dose pack EC	\$0 (Tier 1)	
SYMPAZAN 10 MG, 20 MG, 5 MG ORAL FILM DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
tiagabine hcl 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
topiramate 100 mg, 200 mg, 50 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (120 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
topiramate 15 mg, 25 mg sprinkle cap EC	\$0 (Tier 1)	
topiramate 25 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (90 cada 30 días)
valproate sod 500 mg/5 ml v/ EC	\$0 (Tier 1)	
valproic acid 250 mg capsule EC	\$0 (Tier 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 (Tier 1)	
VALTOCO 10 MG/SPRAY (0.1 ML), 15 MG/2 SPRAY (7.5/0.1ML X 2), 20 MG/2 SPRAY (10MG/0.1ML X2), 5 MG/SPRAY (0.1 ML) NASAL SPRAY; VALTOCO 15 MG/2 SPRAY(7.5MG/0.1ML X2) NASAL SPRAY DL	\$0 (Tier 2)	LC (10 cada 30 días)
vigabatrin 500 mg powder packt DL	\$0 (Tier 1)	AP,LC (180 cada 30 días)
vigabatrin 500 mg tablet DL	\$0 (Tier 1)	AP,LC (180 cada 30 días)
vigadron 500 mg oral powder packet DL	\$0 (Tier 1)	AP,LC (180 cada 30 días)
VIMPAT 10 MG/ML ORAL SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	LC (1395 cada 30 días)
VIMPAT 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG TABLET EC	\$0 (Tier 2)	LC (60 cada 30 días)
VIMPAT 200 MG/20 ML INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	
XCOPRI 100 MG, 50 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
XCOPRI 150 MG, 200 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
XCOPRI MAINTENANCE PACK 250 MG/DAY (200 MG X 1 AND 50 MG X 1) TABLETS; XCOPRI MAINTENANCE PACK 350 MG/DAY (200 MG X 1 AND 150 MG X 1) TABLETS DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (56 cada 28 días)
XCOPRI TITRATION PACK 12.5 MG (14)-25 MG (14) TABLETS IN A DOSE PACK EC	\$0 (Tier 2)	AP,LC (28 cada 28 días)
XCOPRI TITRATION PACK 150 MG (14)-200 MG (14) TABLETS IN A DOSE PACK; XCOPRI TITRATION PACK 50 MG (14)-100 MG (14) TABLETS IN A DOSE PACK DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (28 cada 28 días)
zonisamide 100 mg, 25 mg, 50 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	

AGENTES ANTIDEMENCIA - Medicamentos utilizados para tratar la pérdida de memoria

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
donepezil hcl 10 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)
donepezil hcl 10 mg, 5 mg tablet; donepezil hcl odt 10 mg, 5 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (30 cada 30 días)
galantamine 4 mg/ml oral soln EC	\$0 (Tier 1)	LC (200 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
galantamine er 16 mg, 24 mg, 8 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	LC (30 cada 30 días)
galantamine hbr 12 mg, 4 mg, 8 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)
memantine 5-10 mg titration pk EC	\$0 (Tier 1)	AP,LC (98 cada 30 días)
memantine hcl 10 mg, 5 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	AP,LC (60 cada 30 días)
memantine hcl 2 mg/ml solution EC	\$0 (Tier 1)	AP,LC (360 cada 30 días)
memantine hcl er 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	AP,LC (30 cada 30 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 (Tier 2)	LC (30 cada 30 días)
NAMZARIC 7/14/21/28 MG-10 MG CAPSULE,SPRINKLE,EXTEND RELEASE,DOSE PACK EC	\$0 (Tier 2)	LC (28 cada 28 días)
rivastigmine 1.5 mg, 3 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	LC (90 cada 30 días)
rivastigmine 4.5 mg, 6 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)

ANTIDEPRESIVOS - Medicamentos utilizados para tratar la depresión

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
amitriptyline hcl 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg tab EC	\$0 (Tier 1)	AP
amoxapine 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
bupropion hcl 100 mg, 75 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (180 cada 30 días)
bupropion hcl sr 100 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (120 cada 30 días)
bupropion hcl sr 150 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (90 cada 30 días)
bupropion hcl sr 200 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)
bupropion hcl xl 150 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (90 cada 30 días)
bupropion hcl xl 300 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)
citalopram hbr 10 mg, 40 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (30 cada 30 días)
citalopram hbr 10 mg/5 ml soln EC	\$0 (Tier 1)	
citalopram hbr 20 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)
clomipramine 25 mg, 50 mg, 75 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	AP
desipramine 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	AP
desvenlafaxine succnt er 100 mg, 25 mg, 50 mg; desvenlafaxine succnt er 100mg EC	\$0 (Tier 1)	LC (30 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
DRIZALMA SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE EC	\$0 (Tier 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
duloxetine hcl dr 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg cap EC	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)
EMSAM 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH DL	\$0 (Tier 2)	LC (30 cada 30 días)
escitalopram 10 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (45 cada 30 días)
escitalopram 20 mg, 5 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (30 cada 30 días)
escitalopram oxalate 5 mg/5 ml EC	\$0 (Tier 1)	LC (600 cada 30 días)
FETZIMA 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG CAPSULE,EXTENDED RELEASE EC	\$0 (Tier 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
FETZIMA 20 MG (2)-40 MG (26) CAPSULE,EXTENDED RELEASE,24 HR,DOSE PACK EC	\$0 (Tier 2)	AP,LC (28 cada 28 días)
fluoxetine 20 mg/5 ml solution EC	\$0 (Tier 1)	
fluoxetine dr 90 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	LC (4 cada 28 días)
fluoxetine hcl 10 mg, 40 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)
fluoxetine hcl 20 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	LC (120 cada 30 días)
fluvoxamine maleate 100 mg, 25 mg, 50 mg tab EC	\$0 (Tier 1)	LC (90 cada 30 días)
imipramine hcl 10 mg, 25 mg, 50 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	AP
imipramine pamoate 100 mg, 125 mg, 150 mg, 75 mg cap EC	\$0 (Tier 1)	AP
maprotiline 25 mg, 50 mg, 75 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
MARPLAN 10 MG TABLET EC	\$0 (Tier 2)	
mirtazapine 15 mg, 30 mg, 45 mg odt; mirtazapine 15 mg, 30 mg, 45 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (30 cada 30 días)
mirtazapine 7.5 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (180 cada 30 días)
nefazodone hcl 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
nortriptyline 10 mg/5 ml soln EC	\$0 (Tier 1)	AP
nortriptyline hcl 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg cap EC	\$0 (Tier 1)	AP
paroxetine hcl 10 mg, 20 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	AP,LC (30 cada 30 días)
paroxetine hcl 30 mg, 40 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	AP,LC (60 cada 30 días)
PAXIL 10 MG/5 ML ORAL SUSPENSION EC	\$0 (Tier 2)	AP
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 (Tier 1)	AP
phenelzine sulfate 15 mg tab EC	\$0 (Tier 1)	
protriptyline hcl 10 mg, 5 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	AP
sertraline 20 mg/ml oral conc EC	\$0 (Tier 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
sertraline hcl 100 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)
sertraline hcl 25 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (90 cada 30 días)
sertraline hcl 50 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (120 cada 30 días)
tranylcypromine sulf 10 mg tab EC	\$0 (Tier 1)	
trazodone 100 mg, 150 mg, 300 mg, 50 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
trimipramine maleate 100 mg, 25 mg, 50 mg cap; trimipramine maleate 100 mg, 25 mg, 50 mg cp EC	\$0 (Tier 1)	AP
TRINTELLIX 10 MG, 20 MG, 5 MG TABLET EC	\$0 (Tier 2)	TP,LC (30 cada 30 días)
venlafaxine hcl 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
venlafaxine hcl er 150 mg cap EC	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)
venlafaxine hcl er 37.5 mg cap EC	\$0 (Tier 1)	LC (30 cada 30 días)
venlafaxine hcl er 75 mg cap EC	\$0 (Tier 1)	LC (90 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 (Tier 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
ZULRESSO 5 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (100 cada 365 días)

ANTIEMÉTICOS - Medicamentos utilizados para tratar las náuseas y el vómito

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
aprepitant 125 mg, 40 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	B vs D,LC (2 cada 28 días)
aprepitant 125-80-80 mg pack EC	\$0 (Tier 1)	B vs D,LC (6 cada 28 días)
aprepitant 80 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	B vs D,LC (4 cada 28 días)
compro 25 mg rectal suppository EC	\$0 (Tier 1)	
dronabinol 10 mg, 2.5 mg, 5 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	B vs D,LC (120 cada 30 días)
gransetron hcl 0.1 mg/ml vial EC	\$0 (Tier 1)	
gransetron hcl 1 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	B vs D,LC (28 cada 28 días)
gransetron hcl 1 mg/ml vial; gransetron hcl 4 mg/4 ml vial EC	\$0 (Tier 1)	
meclizine 12.5 mg, 25 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
metoclopramide 10 mg, 5 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
metoclopramide 10 mg/2 ml syr EC	\$0 (Tier 1)	
metoclopramide 10 mg/2 ml vial; metoclopramide 5 mg/5 ml, 5 mg/ml soln EC	\$0 (Tier 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
ondansetron odt 4 mg, 8 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	B vs D,LC (90 cada 30 días)
ondansetron 4 mg/5 ml solution EC	\$0 (Tier 1)	B vs D,LC (450 cada 30 días)
ondansetron 40 mg/20 ml vial EC	\$0 (Tier 1)	
ondansetron hcl 24 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	B vs D,LC (30 cada 30 días)
ondansetron hcl 4 mg, 8 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	B vs D,LC (90 cada 30 días)
ondansetron hcl 4 mg/2 ml syr EC	\$0 (Tier 1)	
ondansetron hcl 4 mg/2 ml vial EC	\$0 (Tier 1)	
prochlorperazine 25 mg supp EC	\$0 (Tier 1)	
prochlorperazine 10 mg/2 ml vl EC	\$0 (Tier 1)	
prochlorperazine 10 mg, 5 mg tab; prochlorperazine 10 mg, 5 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	B vs D
promethazine 12.5 mg, 25 mg, 50 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	AP
SANCUSO 3.1 MG/24 HOUR TRANSDERMAL PATCH EC	\$0 (Tier 2)	LC (4 cada 30 días)
scopolamine 1 mg/3 day patch EC	\$0 (Tier 1)	LC (10 cada 30 días)
trimethobenzamide 300 mg cap EC	\$0 (Tier 1)	B vs D

ANTIFÚNGICOS - Medicamentos utilizados infecciones por hongos

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
ABELCET 5 MG/ML INTRAVENOUS SUSPENSION DL	\$0 (Tier 2)	B vs D
AMBISOME 50 MG INTRAVENOUS SUSPENSION DL	\$0 (Tier 2)	B vs D
amphotericin b 50 mg vial EC	\$0 (Tier 1)	B vs D
caspofungin acetate 50 mg, 70 mg vial DL	\$0 (Tier 1)	
ciclodan 8 % topical solution EC	\$0 (Tier 1)	
ciclopirox 0.77% cream EC	\$0 (Tier 1)	
ciclopirox 0.77% gel EC	\$0 (Tier 1)	
ciclopirox 0.77% topical susp EC	\$0 (Tier 1)	
ciclopirox 8% solution EC	\$0 (Tier 1)	
clotrimazole 1% solution EC	\$0 (Tier 1)	
clotrimazole 10 mg troche EC	\$0 (Tier 1)	
clotrimazole-betamethasone crm EC	\$0 (Tier 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
clotrimazole-betamethasone lot EC	\$0 (Tier 1)	LC (90 cada 28 días)
CRESEMBA 186 MG CAPSULE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (180 cada 30 días)
CRESEMBA 372 MG INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP
econazole nitrate 1% cream EC	\$0 (Tier 1)	
ERAXIS(WATER DILUENT) 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	
ERAXIS(WATER DILUENT) 50 MG INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	
fluconazole 10 mg/ml, 40 mg/ml susp EC	\$0 (Tier 1)	
fluconazole 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
fluconazole-nacl 100 mg/50 ml, 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml EC	\$0 (Tier 1)	
flucytosine 250 mg, 500 mg capsule DL	\$0 (Tier 1)	
griseofulvin 125 mg/5 ml susp EC	\$0 (Tier 1)	
griseofulvin ultra 125 mg, 250 mg tab EC	\$0 (Tier 1)	
itraconazole 100 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	LC (120 cada 30 días)
ketoconazole 2% cream EC	\$0 (Tier 1)	
ketoconazole 2% shampoo EC	\$0 (Tier 1)	
ketoconazole 200 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
miconazole-3 200 mg vaginal suppository EC	\$0 (Tier 1)	
NATACYN 5 % EYE DROPS,SUSPENSION EC	\$0 (Tier 2)	
NOXAFIL 100 MG TABLET,DELAYED RELEASE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (93 cada 30 días)
NOXAFIL 200 MG/5 ML (40 MG/ML) ORAL SUSPENSION DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (840 cada 28 días)
NOXAFIL 300 MG/16.7 ML INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP
nyamyc 100,000 unit/gram topical powder EC	\$0 (Tier 1)	
nystatin 100,000 unit/gm cream EC	\$0 (Tier 1)	
nystatin 100,000 unit/gm oint EC	\$0 (Tier 1)	
nystatin 100,000 unit/gm powd EC	\$0 (Tier 1)	
nystatin 100,000 unit/ml susp EC	\$0 (Tier 1)	
nystatin 500,000 unit oral tab EC	\$0 (Tier 1)	
nystatin-triamcinolone cream EC	\$0 (Tier 1)	
nystatin-triamcinolone ointm EC	\$0 (Tier 1)	
nystop 100,000 unit/gram topical powder EC	\$0 (Tier 1)	
posaconazole 200 mg/5 ml susp DL	\$0 (Tier 1)	AP,LC (840 cada 28 días)
posaconazole dr 100 mg tablet DL	\$0 (Tier 1)	AP,LC (93 cada 30 días)
terbinafine hcl 250 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
terconazole 0.4% cream; terconazole 0.8% cream EC	\$0 (Tier 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
terconazole 80 mg suppository EC	\$0 (Tier 1)	
voriconazole 200 mg vial DL	\$0 (Tier 1)	AP
voriconazole 200 mg, 50 mg tablet DL	\$0 (Tier 1)	AP,LC (120 cada 30 días)
voriconazole 400 mg/ml susp DL	\$0 (Tier 1)	AP,LC (400 cada 30 días)

AGENTES PARA LA GOTA - Medicamentos utilizados para tratar la gota

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
allopurinol 100 mg, 300 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
COLCRYS 0.6 MG TABLET EC	\$0 (Tier 2)	LC (120 cada 30 días)
probenecid 500 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
probenecid-colchicine tablet EC	\$0 (Tier 1)	

AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS - Medicamentos utilizados para tratar los dolores de cabeza

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
dihydroergotamine 1 mg/ml amp DL	\$0 (Tier 1)	
dihydroergotamine 4 mg/ml spry DL	\$0 (Tier 2)	LC (8 cada 30 días)
ergotamine-caffeine 1-100mg tb EC	\$0 (Tier 1)	
naratriptan hcl 1 mg, 2.5 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (9 cada 30 días)
rizatriptan 10 mg, 5 mg odt; rizatriptan 10 mg, 5 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (12 cada 30 días)
sumatriptan 20 mg nasal spray; sumatriptan 5 mg nasal spray EC	\$0 (Tier 1)	LC (12 cada 30 días)
sumatriptan 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml cart EC	\$0 (Tier 1)	LC (6 cada 30 días)
sumatriptan 6 mg/0.5 ml inject EC	\$0 (Tier 1)	LC (6 cada 30 días)
sumatriptan 6 mg/0.5 ml vial EC	\$0 (Tier 1)	LC (6 cada 30 días)
sumatriptan succ 100 mg, 25 mg, 50 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (9 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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 ANTIMIASTÉNICOS - Medicamentos utilizados para fortalecer los músculos

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
guanidine hcl 125 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
pyridostigmine br 30 mg, 60 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	

ANTIMICOBACTERIANOS - Medicamentos utilizados para tratar algunas infecciones, como la tuberculosis

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
CAPASTAT 1 GRAM SOLUTION FOR INJECTION EC	\$0 (Tier 2)	
cycloserine 250 mg capsule DL	\$0 (Tier 1)	
dapsone 100 mg, 25 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
ethambutol hcl 100 mg, 400 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
isoniazid 100 mg, 300 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
isoniazid 100 mg/ml, 50 mg/5 ml solution; isoniazid 100 mg/ml, 50 mg/5 ml vial EC	\$0 (Tier 1)	
PASER 4 GRAM GRANULES DELAYED-RELEASE PACKET EC	\$0 (Tier 2)	
PRIFTIN 150 MG TABLET EC	\$0 (Tier 2)	
pyrazinamide 500 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
rifabutin 150 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	
rifampin 150 mg, 300 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	
rifampin iv 600 mg vial DL	\$0 (Tier 1)	
RIFATER 50 MG-120 MG-300 MG TABLET EC	\$0 (Tier 2)	
SIRTURO 100 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (68 cada 28 días)
SIRTURO 20 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (340 cada 28 días)
TRECATOR 250 MG TABLET EC	\$0 (Tier 2)	

ANTINEOPLÁSICOS - Medicamentos utilizados para tratar el cáncer

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
abiraterone acetate 250 mg tab DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
ABRAXANE 100 MG INTRAVENOUS SUSPENSION DL	\$0 (Tier 2)	AP

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
ADCETRIS 50 MG INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP
adriamycin 10 mg, 10 mg/5 ml, 2 mg/ml, 20 mg/10 ml, 50 mg/25 ml intravenous solution EC	\$0 (Tier 1)	B vs D
ADRIAMYCIN 50 MG INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Tier 1)	B vs D
AFINITOR 10 MG, 2.5 MG, 5 MG, 7.5 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
AFINITOR DISPERZ 2 MG, 3 MG, 5 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION DL	\$0 (Tier 2)	AP
ALECENSA 150 MG CAPSULE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (240 cada 30 días)
ALIMTA 100 MG, 500 MG INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP
ALIQOPA 60 MG INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (3 cada 28 días)
ALUNBRIG 180 MG, 90 MG, 90 MG (7)- 180 MG (23) TABLET; ALUNBRIG 90 MG (7)-180 MG (23) TABLETS IN A DOSE PACK DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
ALUNBRIG 30 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (180 cada 30 días)
amifostine 500 mg vial DL	\$0 (Tier 1)	B vs D
anastrozole 1 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (30 cada 30 días)
ARRANON 250 MG/50 ML INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	
arsenic trioxide 10 mg/10ml v; arsenic trioxide 12 mg/6 ml v DL	\$0 (Tier 1)	AP
ARZERRA 1,000 MG/50 ML, 100 MG/5 ML INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (400 cada 28 días)
AVASTIN 25 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP
AYVAKIT 100 MG, 200 MG, 300 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
BALVERSA 3 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (90 cada 30 días)
BALVERSA 4 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
BALVERSA 5 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
BAVENCIO 20 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP
BELEODAQ 500 MG INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP
BENDEKA 25 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP
BESPONSA 0.9 MG(0.25 MG/ML INITIAL CONCENTRATION) INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP
bexarotene 75 mg capsule DL	\$0 (Tier 1)	AP,LC (300 cada 30 días)
bicalutamide 50 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (30 cada 30 días)
BICNU 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	B vs D
BLENREP 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP
bleomycin sulfate 15 unit, 30 unit vial EC	\$0 (Tier 1)	B vs D
bortezomib 3.5 mg vial DL	\$0 (Tier 2)	AP

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
BOSULIF 100 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
BOSULIF 400 MG, 500 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
BRAFTOVI 50 MG CAPSULE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
BRAFTOVI 75 MG CAPSULE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (180 cada 30 días)
BRUKINSA 80 MG CAPSULE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
busulfan 60 mg/10 ml vial EC	\$0 (Tier 1)	B vs D
BUSULFEX 60 MG/10 ML INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	B vs D
CABOMETYX 20 MG, 40 MG, 60 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
CALQUENCE 100 MG CAPSULE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
CAPRELSA 100 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
CAPRELSA 300 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
carboplatin 150 mg/15 ml vial EC	\$0 (Tier 1)	B vs D
carmustine 100 mg vial EC	\$0 (Tier 1)	B vs D
cisplatin 100 mg/100 ml vial EC	\$0 (Tier 1)	B vs D
cladribine 10 mg/10 ml vial DL	\$0 (Tier 1)	B vs D
clofarabine 20 mg/20 ml vial DL	\$0 (Tier 1)	B vs D
CLOALAR 20 MG/20 ML INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	B vs D
COMETRIQ 100 MG/DAY (80 MG X 1-20 MG X 1) CAPSULES DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (56 cada 28 días)
COMETRIQ 140 MG/DAY (80 MG X 1-20 MG X 3) CAPSULES DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (112 cada 28 días)
COMETRIQ 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY) CAPSULES DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (84 cada 28 días)
COPIKTRA 15 MG, 25 MG CAPSULE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (56 cada 28 días)
COSMEGEN 0.5 MG INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	B vs D
COTELLIC 20 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (63 cada 28 días)
cyclophosphamide 1 gm vial; cyclophosphamide 1 gram, 2 gram, 500 mg vial; cyclophosphamide 2 gm vial EC	\$0 (Tier 1)	B vs D
CYCLOPHOSPHAMIDE 1 GM/5 ML VL EC	\$0 (Tier 1)	B vs D
cyclophosphamide 25 mg, 50 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	B vs D
CYRAMZA 10 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP
cytarabine 20 mg/ml vial EC	\$0 (Tier 1)	B vs 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 (Tier 1)	B vs D
dacarbazine 100 mg, 200 mg vial EC	\$0 (Tier 1)	B vs D
dactinomycin 0.5 mg vial DL	\$0 (Tier 1)	B vs D
DARZALEX 20 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
DARZALEX FASPRO 1,800 MG-30,000 UNIT/15 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP
daunorubicin 20 mg/4 ml vial EC	\$0 (Tier 1)	B vs D
DAURISMO 100 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
DAURISMO 25 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
decitabine 50 mg vial DL	\$0 (Tier 1)	AP
dexrazoxane 250 mg, 500 mg vial EC	\$0 (Tier 1)	B vs D
DOCEFREZ 20 MG INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	B vs D
DOCEFREZ 80 MG INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	B vs 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 (Tier 1)	B vs 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 (Tier 1)	B vs D
doxorubicin liposome 20mg/10ml DL	\$0 (Tier 1)	AP
DROXIA 200 MG, 300 MG, 400 MG CAPSULE EC	\$0 (Tier 2)	
ELZONRIS 1,000 MCG/ML INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	AP,LC (10 cada 21 días)
EMCYT 140 MG CAPSULE DL	\$0 (Tier 2)	
EMPLICITI 300 MG, 400 MG INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP
ENHERTU 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP
epirubicin 200 mg/100 ml, 50 mg, 50 mg/25 ml vial; epirubicin hcl 200 mg/100 ml, 50 mg, 50 mg/25 ml vial EC	\$0 (Tier 1)	B vs D
ERBITUX 100 MG/50 ML, 200 MG/100 ML INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP
ERIVEDGE 150 MG CAPSULE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (28 cada 28 días)
ERLEADA 60 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
erlotinib hcl 100 mg, 150 mg tablet DL	\$0 (Tier 1)	AP,LC (30 cada 30 días)
erlotinib hcl 25 mg tablet DL	\$0 (Tier 1)	AP,LC (90 cada 30 días)
ERWINAZE 10,000 UNIT SOLUTION FOR INJECTION DL	\$0 (Tier 2)	AP
ETOPOPHOS 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	B vs D
etoposide 100 mg/5 ml vial EC	\$0 (Tier 1)	B vs D
EVOMELA 50 MG INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP
exemestane 25 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)
FARYDAK 10 MG, 15 MG, 20 MG CAPSULE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (6 cada 21 días)
FASLODEX 250 MG/5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
fludarabine 50 mg, 50 mg/2 ml vial EC	\$0 (Tier 1)	B vs D

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
fluorouracil 1 gram/20 ml, 2.5 gram/50 ml, 5 gram/100 ml, 500 mg/10 ml vial; fluorouracil 1,000 mg/20 ml vial; fluorouracil 2,500 mg/50 ml vial; fluorouracil 5,000 mg/100 ml EC	\$0 (Tier 1)	B vs D
flutamide 125 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	
FOLOTYN 20 MG/ML (1 ML), 40 MG/2 ML (20 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP
fulvestrant 250 mg/5 ml syring DL	\$0 (Tier 1)	AP,LC (30 cada 30 días)
GAVRETO 100 MG CAPSULE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
GAZYVA 1,000 MG/40 ML INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (120 cada 28 días)
gemcitabine 1 gram/26.3 ml vial; gemcitabine 2 gram/52.6 ml vial; gemcitabine 200 mg/5.26 ml vial; gemcitabine hcl 1 gram, 1 gram/26.3 ml (38 mg/ml), 2 gram, 2 gram/52.6 ml (38 mg/ml), 200 mg, 200 mg/5.26 ml (38 mg/ml) vial EC	\$0 (Tier 1)	B vs D
GILOTRIF 20 MG, 30 MG, 40 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
GLEOSTINE 10 MG, 40 MG CAPSULE EC	\$0 (Tier 2)	AP
GLEOSTINE 100 MG CAPSULE DL	\$0 (Tier 2)	AP
HALAVEN 1 MG/2 ML (0.5 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP
HERCEPTIN 150 MG, 440 MG INTRAVENOUS SOLUTION; HERCEPTIN 150 MG, 440 MG VIAL DL	\$0 (Tier 2)	AP
HERCEPTIN HYLECTA 600 MG-10,000 UNIT/5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (5 cada 21 días)
hydroxyurea 500 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	
IBRANCE 100 MG, 125 MG, 75 MG CAPSULE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (21 cada 28 días)
IBRANCE 100 MG, 125 MG, 75 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (21 cada 28 días)
ICLUSIG 15 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
ICLUSIG 45 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
idarubicin hcl 20 mg/20 ml vial DL	\$0 (Tier 1)	B vs D
IDHIFA 100 MG, 50 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
ifosfamide 1 gm vial; ifosfamide 1 gm/20 ml vial; ifosfamide 3 gm vial; ifosfamide 3 gm/60 ml vial EC	\$0 (Tier 1)	B vs D
imatinib mesylate 100 mg tab DL	\$0 (Tier 1)	AP,LC (90 cada 30 días)
imatinib mesylate 400 mg tab DL	\$0 (Tier 1)	AP,LC (60 cada 30 días)
IMBRUVICA 140 MG CAPSULE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (90 cada 30 días)
IMBRUVICA 420 MG, 560 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (28 cada 28 días)
IMBRUVICA 70 MG CAPSULE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (28 cada 28 días)
IMFINZI 50 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
IMLYGIC 10EXP6 (1 MILLION) PFU/ML SUSPENSION FOR INJECTION DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (4 cada 365 días)
IMLYGIC 10EXP8 (100 MILLION) PFU/ML SUSPENSION FOR INJECTION DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (8 cada 28 días)
INLYTA 1 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (180 cada 30 días)
INLYTA 5 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
INQOVI 35 MG-100 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (5 cada 28 días)
INREBIC 100 MG CAPSULE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
IRESSA 250 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
irinotecan hcl 100 mg/5 ml, 300 mg/15 ml, 40 mg/2 ml, 500 mg/25 ml vial; irinotecan hcl 100 mg/5 ml, 300 mg/15 ml, 40 mg/2 ml, 500 mg/25 ml vial EC	\$0 (Tier 1)	B vs D
ISTODAX 10 MG/2 ML INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP
IXEMTRA 15 MG, 45 MG INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP
JAKAFI 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
JEVTANA 10 MG/ML (FIRST DILUTION) INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP
KADCYLA 100 MG, 160 MG INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP
KANJINTI 150 MG, 420 MG INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP
KEYTRUDA 25 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP
KISQALI 200 MG/DAY (200 MG X 1) TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (21 cada 28 días)
KISQALI 400 MG/DAY (200 MG X 2) TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (42 cada 28 días)
KISQALI 600 MG/DAY (200 MG X 3) TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (63 cada 28 días)
KISQALI FEMARA CO-PACK 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (49 cada 28 días)
KISQALI FEMARA CO-PACK 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (70 cada 28 días)
KISQALI FEMARA CO-PACK 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (91 cada 28 días)
KOSELUGO 10 MG CAPSULE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (240 cada 30 días)
KOSELUGO 25 MG CAPSULE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
KYPROLIS 10 MG INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (6 cada 28 días)
KYPROLIS 30 MG INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (3 cada 28 días)
KYPROLIS 60 MG INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (12 cada 28 días)
LARTRUVO 500 MG/50 ML VIAL DL	\$0 (Tier 2)	AP
LENVIMA 10 MG/DAY (10 MG X 1), 4 MG CAPSULE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (30 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
LENVIMA 12 MG/DAY (4 MG X 3), 18 MG/DAY (10 MG X 1-4 MG X2), 24 MG/DAY(10 MG X 2-4 MG X 1) CAPSULE; 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 DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (90 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 DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
<i>letrozole 2.5 mg tablet EC</i>	\$0 (Tier 1)	LC (30 cada 30 días)
<i>leucovorin cal 500 mg/50 ml v1; leucovorin calcium 10 mg/ml, 100 mg, 200 mg, 350 mg, 50 mg, 500 mg vial; leucovorin calcium 10 mg/ml, 100 mg, 200 mg, 350 mg, 50 mg, 500 mg v1 EC</i>	\$0 (Tier 1)	B vs D
<i>leucovorin calcium 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg tab EC</i>	\$0 (Tier 1)	
LEUKERAN 2 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	
<i>levoleucovorin 10 mg/ml, 175 mg vial; levoleucovorin 175 mg/17.5 ml DL</i>	\$0 (Tier 1)	AP
<i>levoleucovorin 50 mg vial EC</i>	\$0 (Tier 1)	AP
LIBTAYO 50 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (7 cada 21 días)
LONSURF 15 MG-6.14 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (100 cada 30 días)
LONSURF 20 MG-8.19 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (80 cada 30 días)
LORBRENA 100 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
LORBRENA 25 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (90 cada 30 días)
LUMOXITI 1 MG INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP
LYNPARZA 100 MG, 150 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
MARQIBO 5 MG/31 ML (0.16 MG/ML) (FINAL CONC.) INTRAVENOUS KIT DL	\$0 (Tier 2)	AP
MATULANE 50 MG CAPSULE DL	\$0 (Tier 2)	
MEKINIST 0.5 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
MEKINIST 2 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
MEKTOVI 15 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (180 cada 30 días)
<i>melphalan 2 mg tablet EC</i>	\$0 (Tier 1)	B vs D
<i>melphalan hcl 50 mg vial EC</i>	\$0 (Tier 1)	B vs D
<i>mercaptopurine 50 mg tablet EC</i>	\$0 (Tier 1)	
MESNEX 400 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	
<i>mitomycin 20 mg, 40 mg, 5 mg vial EC</i>	\$0 (Tier 1)	B vs D
<i>mitoxantrone 20 mg/10 ml vial EC</i>	\$0 (Tier 1)	B vs D
MUSTARGEN 10 MG VIAL EC	\$0 (Tier 2)	B vs D
MUTAMYCIN 20 MG, 40 MG, 5 MG INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Tier 1)	B vs D

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
MVASI 25 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP
MYLOTARG 4.5 MG (1 MG/ML INITIAL CONCENTRATION) INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP
NERLYNX 40 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (180 cada 30 días)
NEXAVAR 200 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
<i>nilotinib 150 mg tablet</i> DL	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)
NINLARO 2.3 MG, 3 MG, 4 MG CAPSULE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (3 cada 28 días)
NUBEQA 300 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
ODOMZO 200 MG CAPSULE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
OGIVRI 150 MG, 420 MG INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP
ONCASPAR 750 UNIT/ML INJECTION SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP
ONIVYDE 4.3 MG/ML INTRAVENOUS DISPERSION DL	\$0 (Tier 2)	AP
ONUREG 200 MG, 300 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (14 cada 28 días)
OPDIVO 100 MG/10 ML INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (40 cada 28 días)
OPDIVO 240 MG/24 ML INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (48 cada 28 días)
OPDIVO 40 MG/4 ML INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (16 cada 28 días)
<i>oxaliplatin 100 mg, 100 mg/20 ml, 200 mg/40 ml, 50 mg, 50 mg/10 ml (5 mg/ml) vial; oxaliplatin 50 mg/10 ml vial</i> EC	\$0 (Tier 1)	B vs D
<i>paclitaxel 30 mg/5 ml vial</i> EC	\$0 (Tier 1)	B vs D
PADCEV 20 MG INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (21 cada 28 días)
PADCEV 30 MG INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (15 cada 28 días)
PANRETIN 0.1 % TOPICAL GEL DL	\$0 (Tier 2)	
<i>paraplatin 10 mg/ml intravenous solution</i> EC	\$0 (Tier 1)	B vs D
PEMAZYRE 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (14 cada 21 días)
PERJETA 420 MG/14 ML (30 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP
PIQRAY 200 MG/DAY (200 MG X 1) TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (28 cada 28 días)
PIQRAY 250 MG/DAY (200 MG X 1-50 MG X 1) TABLET; PIQRAY 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2) TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (56 cada 28 días)
POLIVY 140 MG INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (2 cada 21 días)
POLIVY 30 MG INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (8 cada 21 días)
POMALYST 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG CAPSULE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (21 cada 28 días)
PORTRAZZA 800 MG/50 ML (16 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (100 cada 21 días)
POTELIGEO 4 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP
PROLEUKIN 22 MILLION UNIT INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	
PURIXAN 20 MG/ML ORAL SUSPENSION DL	\$0 (Tier 2)	LC (300 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
QINLOCK 50 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (90 cada 30 días)
RETEVMO 40 MG CAPSULE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (180 cada 30 días)
RETEVMO 80 MG CAPSULE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
REVLIMID 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG CAPSULE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (28 cada 28 días)
RITUXAN 10 MG/ML CONCENTRATE,INTRAVENOUS DL	\$0 (Tier 2)	AP
RITUXAN HYCELA 1,400 MG/11.7 ML (120 MG/ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (46.8 cada 28 días)
RITUXAN HYCELA 1,600 MG/13.4 ML (120 MG/ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (13.4 cada 28 días)
romidepsin 10 mg kit DL	\$0 (Tier 1)	AP
ROMIDEPSIN 27.5 MG/5.5 ML VIAL DL	\$0 (Tier 1)	AP
ROZLYTREK 100 MG CAPSULE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
ROZLYTREK 200 MG CAPSULE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (90 cada 30 días)
RUBRACA 200 MG, 250 MG, 300 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
RUXIENCE 10 MG/ML CONCENTRATE,INTRAVENOUS DL	\$0 (Tier 2)	AP
RYDAPT 25 MG CAPSULE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (224 cada 28 días)
SARCLISA 20 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (16 cada 28 días)
SOLTAMOX 20 MG/10 ML ORAL SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	
SPRYCEL 100 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
SPRYCEL 140 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
SPRYCEL 20 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (90 cada 30 días)
STIVARGA 40 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (84 cada 28 días)
SUTENT 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG, 50 MG CAPSULE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (28 cada 28 días)
SYNRIBO 3.5 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (28 cada 28 días)
TABLOID 40 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	
TABRECTA 150 MG, 200 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (112 cada 28 días)
TAFINLAR 50 MG CAPSULE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (180 cada 30 días)
TAFINLAR 75 MG CAPSULE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
TAGRISSO 40 MG, 80 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
TALZENNA 0.25 MG CAPSULE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (90 cada 30 días)
TALZENNA 1 MG CAPSULE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
tamoxifen 10 mg, 20 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
TARGETIN 1 % TOPICAL GEL DL	\$0 (Tier 2)	AP
TARGETIN 75 MG CAPSULE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (300 cada 30 días)
TASIGNA 150 MG, 200 MG, 50 MG CAPSULE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (120 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
TAZVERIK 200 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (240 cada 30 días)
TECENTRIQ 1,200 MG/20 ML (60 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (20 cada 21 días)
TECENTRIQ 840 MG/14 ML (60 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (28 cada 28 días)
TEMODAR 100 MG INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (27 cada 30 días)
temsirolimus 25 mg vial DL	\$0 (Tier 1)	AP,LC (8 cada 28 días)
THALOMID 100 MG, 200 MG, 50 MG CAPSULE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
THALOMID 150 MG CAPSULE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
thiotepa 100 mg vial DL	\$0 (Tier 1)	B vs D
thiotepa 15 mg vial EC	\$0 (Tier 1)	B vs D
TIBSOVO 250 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
topotecan hcl 1 mg/ml (1 ml), 4 mg, 4 mg/4 ml (1 mg/ml) vial; topotecan hcl 1 mg/ml vial; topotecan hcl 4 mg/4 ml vial DL	\$0 (Tier 1)	B vs D
toremifene citrate 60 mg tab DL	\$0 (Tier 1)	LC (30 cada 30 días)
TRAZIMERA 420 MG INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP
TREANDA 100 MG, 25 MG INTRAVENOUS POWDER FOR SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP
tretinoin 10 mg capsule DL	\$0 (Tier 1)	
TRISENOX 2 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP
TRODELVY 180 MG INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP
TRUXIMA 10 MG/ML CONCENTRATE,INTRAVENOUS DL	\$0 (Tier 2)	AP
TUKYSA 150 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
TUKYSA 50 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (300 cada 30 días)
TURALIO 200 MG CAPSULE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
TYKERB 250 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (180 cada 30 días)
UNITUXIN 3.5 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP
VALCHLOR 0.016 % TOPICAL GEL DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (60 cada 28 días)
VECTIBIX 100 MG/5 ML (20 MG/ML), 400 MG/20 ML (20 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP
VELCADE 3.5 MG SOLUTION FOR INJECTION DL	\$0 (Tier 2)	AP
VENCLEXTA 10 MG TABLET EC	\$0 (Tier 2)	AP,LC (56 cada 28 días)
VENCLEXTA 100 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (180 cada 30 días)
VENCLEXTA 50 MG TABLET EC	\$0 (Tier 2)	AP,LC (28 cada 28 días)
VENCLEXTA STARTING PACK 10 MG-50 MG-100 MG TABLETS IN A DOSE PACK DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (42 cada 28 días)
VERZENIO 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (60 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
vinblastine 1 mg/ml vial EC	\$0 (Tier 1)	B vs D
vincasar pfs 1 mg/ml, 2 mg/2 ml intravenous solution EC	\$0 (Tier 1)	B vs D
vincristine 1 mg/ml, 2 mg/2 ml vial EC	\$0 (Tier 1)	B vs D
vinorelbine 10 mg/ml, 50 mg/5 ml vial EC	\$0 (Tier 1)	B vs D
VITRAKVI 100 MG CAPSULE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
VITRAKVI 20 MG/ML ORAL SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (300 cada 30 días)
VITRAKVI 25 MG CAPSULE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (180 cada 30 días)
VIZIMPRO 15 MG, 30 MG, 45 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
VOTRIENT 200 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
VYXEOS 44 MG-100 MG INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP
XALKORI 200 MG, 250 MG CAPSULE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
XOSPATA 40 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (90 cada 30 días)
XPOVIO 100 MG/WEEK (20 MG X 5) TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (20 cada 28 días)
XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY (80 MG/WEEK) (20 MG X 4) TABLET; XPOVIO 40MG TWICE WEEK (80 MG/WEEK), 80 MG/WEEK (20 MG X 4) TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (16 cada 28 días)
XPOVIO 40 MG/WEEK (20 MG X 2) TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (8 cada 28 días)
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY (120 MG/WEEK) (20 MG X 6) TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (24 cada 28 días)
XPOVIO 60 MG/WEEK (20 MG X 3) TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (12 cada 28 días)
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY (160 MG/WEEK) (20 MG X 8) TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (32 cada 28 días)
XTANDI 40 MG CAPSULE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
YERVOY 200 MG/40 ML (5 MG/ML), 50 MG/10 ML (5 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP
YONDELIS 1 MG INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP
ZALTRAP 100 MG/4 ML (25 MG/ML), 200 MG/8 ML (25 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP
ZANOSAR 1 GRAM INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	B vs D
ZEJULA 100 MG CAPSULE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (90 cada 30 días)
ZELBORAF 240 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (240 cada 30 días)
ZEPZELCA 4 MG INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP
ZIRABEV 25 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP
ZOLINZA 100 MG CAPSULE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
ZYDELIG 100 MG, 150 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
ZYKADIA 150 MG CAPSULE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (150 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
ZYKADIA 150 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (150 cada 30 días)

ANTIPARASITARIOS - Medicamentos utilizados para tratar las infecciones parasitarias

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
albendazole 200 mg tablet DL	\$0 (Tier 1)	
ALINIA 100 MG/5 ML ORAL SUSPENSION DL	\$0 (Tier 2)	LC (150 cada 30 días)
ALINIA 500 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	LC (40 cada 30 días)
atovaquone 750 mg/5 ml susp DL	\$0 (Tier 1)	
atovaquone-proguanil 250-100; atovaquone-proguanil 62.5-25 EC	\$0 (Tier 1)	
chloroquine ph 250 mg, 500 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
COARTEM 20 MG-120 MG TABLET EC	\$0 (Tier 2)	LC (24 cada 30 días)
hydroxychloroquine 200 mg tab EC	\$0 (Tier 1)	
ivermectin 3 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
KRINTAFEL 150 MG TABLET EC	\$0 (Tier 2)	LC (4 cada 180 días)
LAMPIT 120 MG, 30 MG TABLET EC	\$0 (Tier 2)	
lindane 1% shampoo EC	\$0 (Tier 1)	
malathion 0.5% lotion EC	\$0 (Tier 1)	
mefloquine hcl 250 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
NEBUPENT 300 MG SOLUTION FOR INHALATION EC	\$0 (Tier 2)	B vs D
PENTAM 300 MG SOLUTION FOR INJECTION EC	\$0 (Tier 2)	
pentamidine 300 mg inhal powdr EC	\$0 (Tier 1)	B vs D
pentamidine 300 mg vial EC	\$0 (Tier 1)	
permethrin 5% cream EC	\$0 (Tier 1)	
primaquine 26.3 mg tablet EC	\$0 (Tier 2)	
quinine sulfate 324 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	AP,LC (42 cada 7 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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 ANTIPARKINSONIANOS - Medicamentos utilizados para tratar la enfermedad de Parkinson

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
amantadine 100 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	
amantadine 50 mg/5 ml solution EC	\$0 (Tier 1)	
APOKYN 10 MG/ML SUBCUTANEOUS CARTRIDGE DL	\$0 (Tier 2)	LC (84 cada 28 días)
benztropine 2 mg/2 ml ampule EC	\$0 (Tier 1)	AP
benztropine mes 0.5 mg, 1 mg, 2 mg tab; benztropine mes 0.5 mg, 1 mg, 2 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	AP
bromocriptine 2.5 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
carbidopa-levo 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg odt; carbidopa-levodopa 10-100 tab; carbidopa-levodopa 25-100 tab; carbidopa-levodopa 25-250 tab EC	\$0 (Tier 1)	
carbidopa-levo er 25-100 tab; carbidopa-levo er 50-200 tab EC	\$0 (Tier 1)	
carbidopa-levodopa 100 mg-enta; carbidopa-levodopa 125 mg-enta; carbidopa-levodopa 150 mg-enta; carbidopa-levodopa 50 mg-enta; carbidopa-levodopa 75 mg-enta EC	\$0 (Tier 1)	LC (240 cada 30 días)
carbidopa-levodopa 200 mg-enta EC	\$0 (Tier 1)	
entacapone 200 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (300 cada 30 días)
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 (Tier 2)	LC (30 cada 30 días)
pramipexole 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
rasagiline mesylate 0.5 mg, 1 mg tab EC	\$0 (Tier 1)	LC (30 cada 30 días)
ropinirole hcl 0.25 mg, 3 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (180 cada 30 días)
ropinirole hcl 0.5 mg, 1 mg, 2 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (90 cada 30 días)
ropinirole hcl 4 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
ropinirole hcl 5 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (144 cada 30 días)
selegiline hcl 5 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	
selegiline hcl 5 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
trihexyphenidyl 2 mg, 5 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	AP
trihexyphenidyl 2 mg/5 ml elx EC	\$0 (Tier 1)	AP

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



ANTIPSICÓTICOS - Medicamentos utilizados para tratar las enfermedades psicológicas y del estado de ánimo

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
ABILIFY MAINTENA 300 MG, 400 MG INTRAMUSCULAR SUSPENSION,EXTENDED RELEASE DL	\$0 (Tier 2)	LC (1 cada 28 días)
ABILIFY MAINTENA 300 MG, 400 MG SUSPENSION,EXTENDED REL. INTRAMUSCULAR SYRINGE DL	\$0 (Tier 2)	LC (1 cada 28 días)
ariPIPRAZOLE 1 mg/ml solution DL	\$0 (Tier 1)	LC (750 cada 30 días)
ariPIPRAZOLE 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (30 cada 30 días)
ariPIPRAZOLE odt 10 mg, 15 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)
ARISTADA 1,064 MG/3.9 ML SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE EC	\$0 (Tier 2)	LC (3.9 cada 56 días)
ARISTADA 441 MG/1.6 ML SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE DL	\$0 (Tier 2)	LC (1.6 cada 28 días)
ARISTADA 662 MG/2.4 ML SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE DL	\$0 (Tier 2)	LC (2.4 cada 28 días)
ARISTADA 882 MG/3.2 ML SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE DL	\$0 (Tier 2)	LC (3.2 cada 28 días)
ARISTADA INITIO 675 MG/2.4 ML SUSPENSION, EXTEND.REL. IM SYRINGE DL	\$0 (Tier 2)	LC (2.4 cada 42 días)
CAPLYTA 42 MG CAPSULE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
chlorpromazine 10 mg, 25 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	B vs D
chlorpromazine 100 mg, 200 mg, 50 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
chlorpromazine 25 mg/ml amp EC	\$0 (Tier 1)	
clozapine 100 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (270 cada 30 días)
clozapine 200 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (135 cada 30 días)
clozapine 25 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (1080 cada 30 días)
clozapine 50 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
clozapine odt 100 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	AP,LC (270 cada 30 días)
clozapine odt 12.5 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	AP
clozapine odt 150 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	AP,LC (180 cada 30 días)
clozapine odt 200 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	AP,LC (135 cada 30 días)
clozapine odt 25 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	AP,LC (1080 cada 30 días)
FANAPT 1 MG, 1MG(2)-2MG(2)-4MG(2)-6MG(2) TABLET; FANAPT 1MG(2)-2 MG(2)-4MG(2)-6 MG(2) TABLETS IN A DOSE PACK EC	\$0 (Tier 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
FANAPT 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
fluphenazine dec 125 mg/5 ml EC	\$0 (Tier 1)	
fluphenazine 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
fluphenazine 2.5 mg/5 ml elix EC	\$0 (Tier 1)	
fluphenazine 2.5 mg/ml vial EC	\$0 (Tier 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
fluphenazine 5 mg/ml conc EC	\$0 (Tier 1)	
GEODON 20 MG/ML (FINAL CONCENTRATION) INTRAMUSCULAR SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	
haloperidol 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
haloperidol dec 100 mg/ml, 50 mg/ml vial; haloperidol decan 100 mg/ml, 50 mg/ml amp EC	\$0 (Tier 1)	
haloperidol lac 2 mg/ml conc EC	\$0 (Tier 1)	
haloperidol lac 5 mg/ml syring EC	\$0 (Tier 1)	
haloperidol lac 5 mg/ml vial EC	\$0 (Tier 1)	
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75 ML, 234 MG/1.5 ML, 78 MG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE DL	\$0 (Tier 2)	LC (1.5 cada 28 días)
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE DL	\$0 (Tier 2)	LC (1 cada 28 días)
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE EC	\$0 (Tier 2)	LC (1.5 cada 28 días)
INVEGA TRINZA 273 MG/0.875 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE EC	\$0 (Tier 2)	LC (0.87 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 410 MG/1.315 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE EC	\$0 (Tier 2)	LC (1.31 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE EC	\$0 (Tier 2)	LC (1.75 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 819 MG/2.625 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE EC	\$0 (Tier 2)	LC (2.62 cada 90 días)
LATUDA 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
LATUDA 80 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
loxapine 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	
molindone hcl 10 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	AP,LC (240 cada 30 días)
molindone hcl 25 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	AP,LC (270 cada 30 días)
molindone hcl 5 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	AP,LC (360 cada 30 días)
NUPLAZID 10 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
NUPLAZID 17 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
NUPLAZID 34 MG CAPSULE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
olanzapine 10 mg vial EC	\$0 (Tier 1)	
olanzapine 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg tablet; olanzapine odt 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (30 cada 30 días)
olanzapine 15 mg, 20 mg tablet; olanzapine odt 15 mg, 20 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)
paliperidone er 1.5 mg, 3 mg, 9 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	AP,LC (30 cada 30 días)
paliperidone er 6 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	AP,LC (60 cada 30 días)
perphenazine 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
PERSERIS 120 MG, 90 MG ABDOMINAL SUBCUTANEOUS EXTEND RELEASE SUSP SYRINGE KIT DL	\$0 (Tier 2)	LC (1 cada 28 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
pimozide 1 mg, 2 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
quetiapine fumarate 100 mg, 300 mg, 400 mg tab EC	\$0 (Tier 1)	LC (90 cada 30 días)
quetiapine fumarate 200 mg, 25 mg, 50 mg tab EC	\$0 (Tier 1)	LC (120 cada 30 días)
REXULTI 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
RISPERDAL CONSTA 12.5 MG/2 ML, 25 MG/2 ML, 37.5 MG/2 ML INTRAMUSCULAR SUSP,EXTENDED RELEASE EC	\$0 (Tier 2)	LC (2 cada 28 días)
RISPERDAL CONSTA 50 MG/2 ML INTRAMUSCULAR SUSP,EXTENDED RELEASE DL	\$0 (Tier 2)	LC (2 cada 28 días)
risperidone 0.25 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg odt; risperidone 0.25 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)
risperidone 0.5 mg odt; risperidone 0.5 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (120 cada 30 días)
risperidone 1 mg/ml solution EC	\$0 (Tier 1)	
SAPHRIS 10 MG, 2.5 MG, 5 MG SUBLINGUAL TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
SECUADO 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR TRANSDERMAL 24 HOUR PATCH DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
thioridazine 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
thiothixene 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	
trifluoperazine 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
VERSACLOZ 50 MG/ML ORAL SUSPENSION DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (540 cada 30 días)
VRAYLAR 1.5 MG (1)-3 MG (6) CAPSULES IN A DOSE PACK EC	\$0 (Tier 2)	AP
VRAYLAR 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG CAPSULE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
ziprasidone hcl 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)
ziprasidone 20 mg/ml vial EC	\$0 (Tier 1)	
ZYPREXA RELPREVV 210 MG INTRAMUSCULAR SUSPENSION EC	\$0 (Tier 2)	LC (4 cada 28 días)
ZYPREXA RELPREVV 300 MG INTRAMUSCULAR SUSPENSION DL	\$0 (Tier 2)	LC (2 cada 28 días)
ZYPREXA RELPREVV 405 MG INTRAMUSCULAR SUSPENSION DL	\$0 (Tier 2)	LC (1 cada 28 días)

AGENTES ANTIESPASMÓDICOS - Medicamentos utilizados para relajar los espasmos musculares

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
baclofen 10 mg, 20 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
baclofen 5 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (90 cada 30 días)
dantrolene sodium 100 mg, 25 mg, 50 mg cap EC	\$0 (Tier 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
tizanidine hcl 2 mg, 4 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	

ANTIVIRALES - Medicamentos utilizados para tratar infecciones causadas por virus

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
abacavir 20 mg/ml solution EC	\$0 (Tier 1)	LC (960 cada 30 días)
abacavir 300 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)
abacavir-lamivudine 600-300 mg EC	\$0 (Tier 1)	LC (30 cada 30 días)
abacavir-lamivudine-zidov tab DL	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)
acyclovir 200 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	
acyclovir 400 mg, 800 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
acyclovir 5% ointment EC	\$0 (Tier 1)	AP
acyclovir 1,000 mg/20 ml vial; acyclovir sodium 1 gm vial; acyclovir sodium 1,000 mg, 50 mg/ml, 500 mg vial EC	\$0 (Tier 1)	B vs D
adefovir dipivoxil 10 mg tab DL	\$0 (Tier 1)	
APTVUS 250 MG CAPSULE DL	\$0 (Tier 2)	LC (120 cada 30 días)
APTVUS (WITH VITAMIN E) 100 MG/ML ORAL SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	LC (285 cada 28 días)
atazanavir sulfate 150 mg, 200 mg cap DL	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)
atazanavir sulfate 300 mg cap DL	\$0 (Tier 1)	LC (30 cada 30 días)
ATRIPLA 600 MG-200 MG-300 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	LC (30 cada 30 días)
BARACLUDE 0.05 MG/ML ORAL SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	LC (630 cada 30 días)
BIKTARVY 50 MG-200 MG-25 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	LC (30 cada 30 días)
CIMDUO 300 MG-300 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	LC (30 cada 30 días)
COMPLERA 200 MG-25 MG-300 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	LC (30 cada 30 días)
CRIVAN 200 MG CAPSULE EC	\$0 (Tier 2)	LC (450 cada 30 días)
CRIVAN 400 MG CAPSULE EC	\$0 (Tier 2)	LC (270 cada 30 días)
DELSTRIGO 100 MG-300 MG-300 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	LC (30 cada 30 días)
DESCOVY 200 MG-25 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	LC (30 cada 30 días)
didanosine dr 125 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	LC (90 cada 30 días)
didanosine dr 200 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)
didanosine dr 250 mg, 400 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	LC (30 cada 30 días)
DOVATO 50 MG-300 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	LC (30 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
EDURANT 25 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	LC (30 cada 30 días)
efavirenz 200 mg capsule DL	\$0 (Tier 1)	LC (120 cada 30 días)
efavirenz 50 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	LC (480 cada 30 días)
efavirenz 600 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (30 cada 30 días)
efavir-emtri-tenof 600-200-300 DL	\$0 (Tier 1)	LC (30 cada 30 días)
efavir-lamiv-tenof 400-300-300; efavir-lamiv-tenof 600-300-300 DL	\$0 (Tier 1)	LC (30 cada 30 días)
emtricitabine 200 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	LC (30 cada 30 días)
emtricitabine-tenofv 200-300mg DL	\$0 (Tier 1)	LC (30 cada 30 días)
EMTRIVA 10 MG/ML ORAL SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	LC (680 cada 28 días)
EMTRIVA 200 MG CAPSULE EC	\$0 (Tier 2)	LC (30 cada 30 días)
entecavir 0.5 mg, 1 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (30 cada 30 días)
EPCLUSA 200 MG-50 MG TABLET; EPCLUSA 400 MG-100 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (28 cada 28 días)
EPIVIR HBV 25 MG/5 ML (5 MG/ML) ORAL SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	
EVOTAZ 300 MG-150 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	LC (30 cada 30 días)
famciclovir 125 mg, 250 mg, 500 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (90 cada 30 días)
fosamprenavir 700 mg tablet DL	\$0 (Tier 1)	LC (120 cada 30 días)
FUZEON 90 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	LC (60 cada 30 días)
ganciclovir 50 mg/ml, 500 mg vial; ganciclovir 500 mg/10 ml vial DL	\$0 (Tier 1)	B vs D
GENVOYA 150 MG-150 MG-200 MG-10 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	LC (30 cada 30 días)
HARVONI 33.75 MG-150 MG ORAL PELLETS IN PACKET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (28 cada 28 días)
HARVONI 45 MG-200 MG ORAL PELLETS IN PACKET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (56 cada 28 días)
HARVONI 45 MG-200 MG TABLET; HARVONI 90 MG-400 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (28 cada 28 días)
INTELENCE 100 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	LC (120 cada 30 días)
INTELENCE 200 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	LC (60 cada 30 días)
INTELENCE 25 MG TABLET EC	\$0 (Tier 2)	LC (120 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 DL	\$0 (Tier 2)	AP
INVIRASE 500 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	LC (120 cada 30 días)
ISENTRESS 100 MG CHEWABLE TABLET DL	\$0 (Tier 2)	LC (180 cada 30 días)
ISENTRESS 100 MG ORAL POWDER PACKET EC	\$0 (Tier 2)	LC (300 cada 30 días)
ISENTRESS 25 MG CHEWABLE TABLET EC	\$0 (Tier 2)	LC (180 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
ISENTRESS 400 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	LC (120 cada 30 días)
ISENTRESS HD 600 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	LC (60 cada 30 días)
JULUCA 50 MG-25 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	LC (30 cada 30 días)
KALETRA 100 MG-25 MG TABLET EC	\$0 (Tier 2)	LC (300 cada 30 días)
KALETRA 200 MG-50 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	LC (150 cada 30 días)
lamivudine 10 mg/ml oral soln EC	\$0 (Tier 1)	LC (900 cada 30 días)
lamivudine 150 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)
lamivudine 300 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (30 cada 30 días)
lamivudine hbv 100 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (90 cada 30 días)
lamivudine-zidovudine tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)
ledipasvir-sofosbuvir 90-400mg DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (28 cada 28 días)
LEXIVA 50 MG/ML ORAL SUSPENSION EC	\$0 (Tier 2)	LC (1575 cada 28 días)
lopinavir-ritonavir 80-20mg/ml EC	\$0 (Tier 1)	
nevirapine 200 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)
nevirapine 50 mg/5 ml susp EC	\$0 (Tier 1)	LC (1200 cada 30 días)
nevirapine er 100 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (120 cada 30 días)
nevirapine er 400 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (30 cada 30 días)
NORVIR 100 MG ORAL POWDER PACKET EC	\$0 (Tier 2)	LC (360 cada 30 días)
NORVIR 100 MG TABLET EC	\$0 (Tier 2)	LC (360 cada 30 días)
NORVIR 80 MG/ML ORAL SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	LC (480 cada 30 días)
ODEFSEY 200 MG-25 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	LC (30 cada 30 días)
oseltamivir 6 mg/ml suspension EC	\$0 (Tier 1)	LC (1440 cada 365 días)
oseltamivir phos 30 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	LC (224 cada 365 días)
oseltamivir phos 45 mg, 75 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	LC (112 cada 365 días)
PIFELTRO 100 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	LC (60 cada 30 días)
PREZCOBIX 800 MG-150 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	LC (30 cada 30 días)
PREZISTA 100 MG/ML ORAL SUSPENSION DL	\$0 (Tier 2)	LC (360 cada 30 días)
PREZISTA 150 MG TABLET EC	\$0 (Tier 2)	LC (240 cada 30 días)
PREZISTA 600 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	LC (60 cada 30 días)
PREZISTA 75 MG TABLET EC	\$0 (Tier 2)	LC (480 cada 30 días)
PREZISTA 800 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	LC (30 cada 30 días)
RELENZA DISKHALER 5 MG/ACTUATION POWDER FOR INHALATION EC	\$0 (Tier 2)	LC (60 cada 180 días)
RESRIPTOR 200 MG TABLET EC	\$0 (Tier 2)	LC (180 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
RETROVIR 10 MG/ML INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	
REYATAZ 50 MG ORAL POWDER PACKET EC	\$0 (Tier 2)	
ribavirin 200 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	LC (168 cada 28 días)
ribavirin 200 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (168 cada 28 días)
ribavirin 6 gm inhalation vial DL	\$0 (Tier 1)	B vs D
rimantadine hcl 100 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
ritonavir 100 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (360 cada 30 días)
RUKOBIA 600 MG TABLET,EXTENDED RELEASE DL	\$0 (Tier 2)	LC (60 cada 30 días)
SELZENTRY 150 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	LC (240 cada 30 días)
SELZENTRY 20 MG/ML ORAL SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	LC (1800 cada 30 días)
SELZENTRY 25 MG TABLET EC	\$0 (Tier 2)	LC (240 cada 30 días)
SELZENTRY 300 MG, 75 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	LC (120 cada 30 días)
sofosbuvir-velpatasvir 400-100 DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (28 cada 28 días)
stavudine 15 mg, 20 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	LC (120 cada 30 días)
stavudine 30 mg, 40 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)
STRIBILD 150 MG-150 MG-200 MG-300 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	LC (30 cada 30 días)
SYLATRON 200 MCG, 300 MCG, 600 MCG KIT; SYLATRON 200 MCG, 300 MCG, 600 MCG SUBCUTANEOUS KIT DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (4 cada 28 días)
SYMFI 600 MG-300 MG-300 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	LC (30 cada 30 días)
SYMFI LO 400 MG-300 MG-300 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	LC (30 cada 30 días)
SYMTUZA 800 MG-150 MG-200 MG-10 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	LC (30 cada 30 días)
TEMIXYS 300 MG-300 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	LC (30 cada 30 días)
tenofovir disop fum 300 mg tb EC	\$0 (Tier 1)	LC (30 cada 30 días)
TIVICAY 10 MG TABLET EC	\$0 (Tier 2)	LC (60 cada 30 días)
TIVICAY 25 MG, 50 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	LC (60 cada 30 días)
TIVICAY PD 5 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION DL	\$0 (Tier 2)	LC (180 cada 30 días)
trifluridine 1% eye drops EC	\$0 (Tier 1)	
TRIUMEQ 600 MG-50 MG-300 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	LC (30 cada 30 días)
TROGARZO 200 MG/1.33 ML (150 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	
TRUVADA 100 MG-150 MG TABLET; TRUVADA 133 MG-200 MG TABLET; TRUVADA 167 MG-250 MG TABLET; TRUVADA 200 MG-300 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	LC (30 cada 30 días)
TYBOST 150 MG TABLET EC	\$0 (Tier 2)	LC (30 cada 30 días)
valacyclovir hcl 1 gram, 500 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (90 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
valganciclovir 450 mg tablet DL	\$0 (Tier 1)	LC (120 cada 30 días)
valganciclovir hcl 50 mg/ml DL	\$0 (Tier 1)	LC (1056 cada 30 días)
VIDEX 2 GM PEDIATRIC SOLN EC	\$0 (Tier 2)	LC (1200 cada 30 días)
VIDEX 4 GM PEDIATRIC SOLN EC	\$0 (Tier 2)	LC (1200 cada 30 días)
VIDEX EC 125 MG CAPSULE EC	\$0 (Tier 2)	LC (90 cada 30 días)
VIRACEPT 250 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	LC (300 cada 30 días)
VIRACEPT 625 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	LC (120 cada 30 días)
VIRAMUNE 50 MG/5 ML ORAL SUSPENSION DL	\$0 (Tier 2)	LC (1200 cada 30 días)
VIREAD 150 MG, 200 MG, 250 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	LC (30 cada 30 días)
VIREAD 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM) ORAL POWDER DL	\$0 (Tier 2)	LC (240 cada 30 días)
VOSEVI 400 MG-100 MG-100 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (28 cada 28 días)
XOFLUZA 20 MG, 40 MG TABLET EC	\$0 (Tier 2)	LC (10 cada 365 días)
zidovudine 100 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	LC (180 cada 30 días)
zidovudine 300 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)
zidovudine 50 mg/5 ml syrup EC	\$0 (Tier 1)	LC (1680 cada 28 días)
ZIRGAN 0.15 % EYE GEL EC	\$0 (Tier 2)	LC (5 cada 30 días)

ANSIOLÍTICOS - Medicamentos utilizados para tratar la ansiedad

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
alprazolam 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg tablet DL	\$0 (Tier 1)	LC (120 cada 30 días)
alprazolam 2 mg tablet DL	\$0 (Tier 1)	LC (150 cada 30 días)
buspirone hcl 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
clonazepam 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg dis tab; clonazepam 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg dis tablet; clonazepam 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg odt; clonazepam 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg tablet DL	\$0 (Tier 1)	
clorazepate 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg tablet DL	\$0 (Tier 1)	
diazepam 10 mg tablet DL	\$0 (Tier 1)	LC (120 cada 30 días)
diazepam 2 mg, 5 mg tablet DL	\$0 (Tier 1)	LC (90 cada 30 días)
diazepam 5 mg/5 ml solution DL	\$0 (Tier 1)	LC (1200 cada 30 días)
diazepam 5 mg/ml oral conc DL	\$0 (Tier 1)	LC (240 cada 30 días)
diazepam intensol 5 mg/ml oral concentrate DL	\$0 (Tier 1)	LC (240 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
doxepin 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	AP
doxepin 10 mg/ml oral conc EC	\$0 (Tier 1)	AP
hydroxyzine 10 mg/5 ml soln EC	\$0 (Tier 1)	
hydroxyzine hcl 10 mg, 25 mg, 50 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
lorazepam 0.5 mg, 1 mg tablet DL	\$0 (Tier 1)	LC (90 cada 30 días)
lorazepam 2 mg tablet DL	\$0 (Tier 1)	LC (150 cada 30 días)
lorazepam 2 mg/ml oral concert DL	\$0 (Tier 1)	LC (150 cada 30 días)
lorazepam intensol 2 mg/ml oral concentrate DL	\$0 (Tier 1)	LC (150 cada 30 días)
oxazepam 10 mg, 15 mg, 30 mg capsule DL	\$0 (Tier 1)	

AGENTES PARA TRASTORNOS BIPOLARES - Medicamentos utilizados para estabilizar el estado de ánimo

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
lithium carbonate 150 mg, 300 mg, 600 mg cap EC	\$0 (Tier 1)	
lithium carbonate 300 mg tab EC	\$0 (Tier 1)	
lithium carbonate er 300 mg, 450 mg tb EC	\$0 (Tier 1)	
lithium 8 meq/5 ml solution EC	\$0 (Tier 1)	

REGULADORES DE GLUCOSA EN LA SANGRE - Medicamentos utilizados para controlar los niveles de azúcar en la sangre

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
acarbose 100 mg, 25 mg, 50 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
BAQSIMI 3 MG/ACTUATION NASAL SPRAY EC	\$0 (Tier 2)	
diazoxide 50 mg/ml oral susp EC	\$0 (Tier 1)	
FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS PEN EC	\$0 (Tier 2)	
FIASP PENFILL U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE EC	\$0 (Tier 2)	
FIASP U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
glimepiride 1 mg, 2 mg, 4 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
glipizide 10 mg, 5 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
glipizide er 10 mg, 2.5 mg, 5 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
glipizide-metformin 2.5-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg EC	\$0 (Tier 1)	
GLUCAGEN HYPOKIT 1 MG INJECTION EC	\$0 (Tier 2)	
glyburide 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
glyburide micro 1.5 mg, 3 mg, 6 mg tab; glyburide micro 1.5 mg, 3 mg, 6 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
glyburid-metformin 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg; glyburide-metformin 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg EC	\$0 (Tier 1)	
GLYXAMBI 10 MG-5 MG TABLET; GLYXAMBI 25 MG-5 MG TABLET EC	\$0 (Tier 2)	LC (30 cada 30 días)
GVOKE HYPOPEN 1-PACK 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR EC	\$0 (Tier 2)	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR EC	\$0 (Tier 2)	
GVOKE PFS 1-PACK 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE EC	\$0 (Tier 2)	
GVOKE PFS 2-PACK 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE EC	\$0 (Tier 2)	
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 (Tier 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 (Tier 2)	LC (60 cada 30 días)
INVOKANA 100 MG, 300 MG TABLET EC	\$0 (Tier 2)	LC (30 cada 30 días)
JANUMET 50 MG-1,000 MG TABLET; JANUMET 50 MG-500 MG TABLET EC	\$0 (Tier 2)	LC (60 cada 30 días)
JANUMET XR 100 MG-1,000 MG TABLET,EXTENDED RELEASE EC	\$0 (Tier 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 (Tier 2)	LC (60 cada 30 días)
JANUVIA 100 MG, 25 MG, 50 MG TABLET EC	\$0 (Tier 2)	LC (30 cada 30 días)
JARDIANCE 10 MG, 25 MG TABLET EC	\$0 (Tier 2)	LC (30 cada 30 días)
JENTADUETO 2.5 MG-1,000 MG TABLET; JENTADUETO 2.5 MG-500 MG TABLET; JENTADUETO 2.5 MG-850 MG TABLET EC	\$0 (Tier 2)	LC (60 cada 30 días)
JENTADUETO XR 2.5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE EC	\$0 (Tier 2)	LC (60 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
JENTADUETO XR 5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE EC	\$0 (Tier 2)	LC (30 cada 30 días)
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS PEN EC	\$0 (Tier 2)	
LANTUS U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	
LEVEMIR FLEXTOUCH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS PEN EC	\$0 (Tier 2)	
LEVEMIR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	
<i>metformin hcl 1,000 mg, 500 mg, 850 mg tablet</i> EC	\$0 (Tier 1)	
<i>metformin hcl er 500 mg tablet</i> EC	\$0 (Tier 1)	LC (120 cada 30 días)
<i>metformin hcl er 750 mg tablet</i> EC	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)
<i>nateglinide 120 mg, 60 mg tablet</i> EC	\$0 (Tier 1)	
<i>novolin 70-30 flexpen u-100 insulin 100 unit/ml (70-30) subcutaneous</i> EC	\$0 (Tier 2)	
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION EC	\$0 (Tier 2)	
<i>novolin n flexpen 100 unit/ml (3 ml) subcutaneous insulin pen</i> EC	\$0 (Tier 2)	
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN ISOPHANE 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SUSP EC	\$0 (Tier 2)	
<i>novolin r flexpen 100 unit/ml (3 ml) subcutaneous insulin pen</i> EC	\$0 (Tier 2)	
NOVOLIN R REGULAR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML INJECTION SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN ASPART 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS EC	\$0 (Tier 2)	
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	
NOVOLOG MIX 70-30 FLEXPEN U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS PEN EC	\$0 (Tier 2)	
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN ASPART 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS CARTRIDG EC	\$0 (Tier 2)	
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	
OZEMPIC 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/1.5 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR EC	\$0 (Tier 2)	LC (1.5 cada 28 días)
OZEMPIC 1 MG/DOSE (2 MG/1.5 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR EC	\$0 (Tier 2)	LC (3 cada 28 días)
<i>pioglitazone hcl 15 mg, 30 mg, 45 mg tablet</i> EC	\$0 (Tier 1)	LC (30 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
PROGLYCEM 50 MG/ML ORAL SUSPENSION EC	\$0 (Tier 2)	
<u>repaglinide 0.5 mg, 1 mg, 2 mg tablet</u> EC	\$0 (Tier 1)	
RYBELSUS 14 MG, 3 MG, 7 MG TABLET EC	\$0 (Tier 2)	LC (30 cada 30 días)
SOLIQUA 100/33 100 UNIT-33 MCG/ML SUBCUTANEOUS INSULIN PEN EC	\$0 (Tier 2)	LC (15 cada 24 días)
SYMLINPEN 120 2,700 MCG/2.7 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR DL	\$0 (Tier 2)	LC (10.8 cada 30 días)
SYMLINPEN 60 1,500 MCG/1.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR DL	\$0 (Tier 2)	LC (10.5 cada 28 días)
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 (Tier 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 (Tier 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 (Tier 2)	LC (60 cada 30 días)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR 300 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS INSULIN PEN EC	\$0 (Tier 2)	
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN 300 UNIT/ML (1.5 ML) SUBCUTANEOUS PEN EC	\$0 (Tier 2)	
TRADJENTA 5 MG TABLET EC	\$0 (Tier 2)	LC (30 cada 30 días)
TRESIBA FLEXTOUCH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS PEN EC	\$0 (Tier 2)	
TRESIBA FLEXTOUCH U-200 INSULIN 200 UNIT/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS PEN EC	\$0 (Tier 2)	
TRESIBA U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	
TRIJARDY XR 10 MG-5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE; TRIJARDY XR 25 MG-5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE EC	\$0 (Tier 2)	LC (30 cada 30 días)
TRIJARDY XR 12.5 MG-2.5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE; TRIJARDY XR 5 MG-2.5 MG-1,000 MG TABLET, EXTENDED RELEASE EC	\$0 (Tier 2)	LC (60 cada 30 días)
TRULICITY 0.75 MG/0.5 ML, 1.5 MG/0.5 ML, 3 MG/0.5 ML, 4.5 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR EC	\$0 (Tier 2)	LC (2 cada 28 días)
VICTOZA 2-PAK 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR EC	\$0 (Tier 2)	LC (9 cada 30 días)
VICTOZA 3-PAK 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR EC	\$0 (Tier 2)	LC (9 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
XULTOPHY 100/3.6 100 UNIT-3.6 MG/ML (3 ML) SUBCUTANEOUS INSULIN PEN EC	\$0 (Tier 2)	LC (15 cada 30 días)

PRODUCTOS SANGUÍNEOS/MODIFICADORES/EXPANSORES DE VOLUMEN - Medicamentos utilizados para tratar problemas de la sangre y prevenir coágulos de sangre

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
AMICAR 250 MG/ML (25 %) ORAL SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	
aminocaproic acid 0.25 gram/ml DL	\$0 (Tier 1)	
aminocaproic acid 1,000 mg, 500 mg tab DL	\$0 (Tier 1)	
anagrelide hcl 0.5 mg, 1 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	
aspirin-dipyridam er 25-200 mg EC	\$0 (Tier 1)	TP,LC (60 cada 30 días)
azacitidine 100 mg vial DL	\$0 (Tier 1)	AP
BRILINTA 60 MG, 90 MG TABLET EC	\$0 (Tier 2)	LC (60 cada 30 días)
cilostazol 100 mg, 50 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
clopidogrel 300 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
clopidogrel 75 mg tablet EC	\$0 (Tier 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 (Tier 2)	
dipyridamole 25 mg, 50 mg, 75 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
ELIQUIS 2.5 MG TABLET EC	\$0 (Tier 2)	LC (60 cada 30 días)
ELIQUIS 5 MG TABLET EC	\$0 (Tier 2)	LC (74 cada 30 días)
ELIQUIS DVT-PE TREATMENT 30-DAY STARTER 5 MG (74 TABLETS) IN DOSE PACK EC	\$0 (Tier 2)	LC (74 cada 30 días)
enoxaparin 100 mg/ml, 150 mg/ml syringe EC	\$0 (Tier 1)	LC (28 cada 28 días)
enoxaparin 120 mg/0.8 ml, 80 mg/0.8 ml syr EC	\$0 (Tier 1)	LC (22.4 cada 28 días)
enoxaparin 30 mg/0.3 ml, 60 mg/0.6 ml syr EC	\$0 (Tier 1)	LC (16.8 cada 28 días)
enoxaparin 300 mg/3 ml vial EC	\$0 (Tier 1)	LC (84 cada 28 días)
enoxaparin 40 mg/0.4 ml syr EC	\$0 (Tier 1)	LC (11.2 cada 28 días)
fondaparinux 10 mg/0.8 ml syr DL	\$0 (Tier 1)	LC (24 cada 30 días)
fondaparinux 2.5 mg/0.5 ml syr EC	\$0 (Tier 1)	LC (15 cada 30 días)
fondaparinux 5 mg/0.4 ml syr DL	\$0 (Tier 1)	LC (12 cada 30 días)
fondaparinux 7.5 mg/0.6 ml syr DL	\$0 (Tier 1)	LC (18 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
FULPHILA 6 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (1.2 cada 28 días)
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 vl EC	\$0 (Tier 1)	
heparin sod 5,000 unit/0.5 ml EC	\$0 (Tier 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 (Tier 1)	
MOZOBIL 24 MG/1.2 ML (20 MG/ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (9.6 cada 30 días)
NEULASTA 6 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (1.2 cada 28 días)
NEULASTA ONPRO 6 MG/0.6 ML WITH WEARABLE SUBCUTANEOUS INJECTOR DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (1.2 cada 28 días)
NEUPOGEN 300 MCG/0.5 ML INJECTION SYRINGE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (7 cada 30 días)
NEUPOGEN 300 MCG/ML INJECTION SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (14 cada 30 días)
NEUPOGEN 480 MCG/0.8 ML INJECTION SYRINGE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (11.2 cada 30 días)
NEUPOGEN 480 MCG/1.6 ML INJECTION SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (22.4 cada 30 días)
NIVESTYM 300 MCG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (7 cada 30 días)
NIVESTYM 300 MCG/ML INJECTION SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (14 cada 30 días)
NIVESTYM 480 MCG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (11.2 cada 30 días)
NIVESTYM 480 MCG/1.6 ML INJECTION SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (22.4 cada 30 días)
prasugrel 10 mg, 5 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (30 cada 30 días)
PROMACTA 12.5 MG ORAL POWDER PACKET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (360 cada 30 días)
PROMACTA 12.5 MG, 75 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
PROMACTA 25 MG ORAL POWDER PACKET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (180 cada 30 días)
PROMACTA 25 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
PROMACTA 50 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (90 cada 30 días)
RETACRIT 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	AP,LC (14 cada 30 días)
RETACRIT 40,000 UNIT/ML INJECTION SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (14 cada 30 días)
tranexamic acid 650 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (30 cada 5 días)
UDENYCA 6 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (1.2 cada 28 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 (Tier 1)	
XARELTO 10 MG, 20 MG TABLET EC	\$0 (Tier 2)	LC (30 cada 30 días)
XARELTO 15 MG, 2.5 MG TABLET EC	\$0 (Tier 2)	LC (60 cada 30 días)
XARELTO DVT-PE TREATMENT 30-DAY STARTER 15 MG(42)-20 MG(9) TABLET PACK EC	\$0 (Tier 2)	LC (51 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
ZARXIO 300 MCG/0.5 ML INJECTION SYRINGE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (7 cada 30 días)
ZARXIO 480 MCG/0.8 ML INJECTION SYRINGE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (11.2 cada 30 días)
ZIEXTENZO 6 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (1.2 cada 28 días)

AGENTES CARDIOVASCULARES - Medicamentos utilizados para tratar enfermedades relacionadas con el corazón

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
acebutolol 200 mg, 400 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	
acetazolamide 125 mg, 250 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
acetazolamide er 500 mg cap EC	\$0 (Tier 1)	
acetazolamide sod 500 mg vial EC	\$0 (Tier 1)	
afeditab cr 30 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)
aliskiren 150 mg, 300 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (30 cada 30 días)
amiloride hcl 5 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
amiloride hcl-hctz 5-50 mg tab EC	\$0 (Tier 1)	
amiodarone 150 mg/3 ml syringe EC	\$0 (Tier 1)	
amiodarone 900 mg/18 ml vial EC	\$0 (Tier 1)	
amiodarone hcl 100 mg, 200 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
amiodarone hcl 400 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)
amlodipine besylate 10 mg tab EC	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)
amlodipine besylate 2.5 mg, 5 mg tab EC	\$0 (Tier 1)	
amlodipine-benazepril 10-20 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg; amlodipine-benazepril 2.5-10 EC	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)
amlodipine-benazepril 10-40 mg, 5-40 mg EC	\$0 (Tier 1)	LC (30 cada 30 días)
atenolol 100 mg, 25 mg, 50 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
atenolol-chlorthalidone 100-25; atenolol-chlorthalidone 50-25 EC	\$0 (Tier 1)	
atorvastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
benazepril hcl 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
benazepril-hctz 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg tab EC	\$0 (Tier 1)	
BIDIL 20 MG-37.5 MG TABLET EC	\$0 (Tier 2)	LC (180 cada 30 días)
bisoprolol fumarate 10 mg, 5 mg tab EC	\$0 (Tier 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
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 (Tier 1)	
bumetanide 0.5 mg, 1 mg, 2 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
bumetanide 1 mg/4 ml vial EC	\$0 (Tier 1)	
BYSTOLIC 10 MG TABLET EC	\$0 (Tier 2)	LC (120 cada 30 días)
BYSTOLIC 2.5 MG, 5 MG TABLET EC	\$0 (Tier 2)	LC (30 cada 30 días)
BYSTOLIC 20 MG TABLET EC	\$0 (Tier 2)	LC (60 cada 30 días)
candesartan cilexetil 16 mg, 4 mg, 8 mg tab; candesartan cilexetil 16 mg, 4 mg, 8 mg tb EC	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)
candesartan cilexetil 32 mg tb EC	\$0 (Tier 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 (Tier 1)	LC (30 cada 30 días)
captopril 100 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (135 cada 30 días)
captopril 12.5 mg, 25 mg, 50 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
captopril-hctz 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
cartia xt 120 mg, 180 mg, 240 mg capsule,extended release EC	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)
cartia xt 300 mg capsule,extended release EC	\$0 (Tier 1)	LC (30 cada 30 días)
carvedilol 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
chlorothiazide 250 mg, 500 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
chlorothiazide sod 500 mg vial EC	\$0 (Tier 1)	
chlorthalidone 25 mg, 50 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
cholestyramine packet; cholestyramine powder EC	\$0 (Tier 1)	
cholestyramine light 4 gram oral powder; cholestyramine light 4 gram powder for susp in a packet EC	\$0 (Tier 1)	
clonidine 0.1 mg/day patch; clonidine 0.2 mg/day patch; clonidine 0.3 mg/day patch EC	\$0 (Tier 1)	LC (4 cada 28 días)
clonidine hcl 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
colestipol hcl granules EC	\$0 (Tier 1)	LC (1000 cada 30 días)
colestipol hcl granules packet EC	\$0 (Tier 1)	
colestipol micronized 1 gm tab EC	\$0 (Tier 1)	
CORLANOR 5 MG, 7.5 MG TABLET EC	\$0 (Tier 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
DEMSER 250 MG CAPSULE DL	\$0 (Tier 2)	
digitek 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg) tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (30 cada 30 días)
digox 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg) tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (30 cada 30 días)
digoxin 125 mcg tablet; digoxin 250 mcg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (30 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
dilt-xr 120 mg, 180 mg, 240 mg capsule, extended release EC	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)
diltiazem 100 mg add-van vial EC	\$0 (Tier 1)	
diltiazem 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
diltiazem 12hr er 120 mg cap EC	\$0 (Tier 1)	LC (90 cada 30 días)
diltiazem 12hr er 60 mg, 90 mg cap EC	\$0 (Tier 1)	LC (180 cada 30 días)
diltiazem 24h er(cd) 120 mg, 180 mg, 240 mg cp; diltiazem 24hr er 120 mg, 180 mg, 240 mg cap EC	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)
diltiazem 24h er(cd) 300 mg, 360 mg, 420 mg cp; diltiazem 24hr er 300 mg, 360 mg, 420 mg cap EC	\$0 (Tier 1)	LC (30 cada 30 días)
diltiazem 24h er(xr) 120 mg, 180 mg, 240 mg cp EC	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)
DTURIL 250 MG/5 ML ORAL SUSPENSION EC	\$0 (Tier 2)	
dofetilide 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg capsule EC	\$0 (Tier 1)	
doxazosin mesylate 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg tab EC	\$0 (Tier 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 (Tier 1)	
enalapril-hctz 10-25 mg, 5-12.5 mg tab; enalapril-hctz 10-25 mg, 5-12.5 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
ENTRESTO 24 MG-26 MG TABLET; ENTRESTO 49 MG-51 MG TABLET; ENTRESTO 97 MG-103 MG TABLET EC	\$0 (Tier 2)	LC (60 cada 30 días)
ethacrynat sodium 50 mg vial EC	\$0 (Tier 1)	
ezetimibe 10 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (30 cada 30 días)
felodipine er 10 mg, 2.5 mg, 5 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (30 cada 30 días)
fenofibrate 160 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (30 cada 30 días)
fenofibrate 54 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)
fenofibrate 134 mg, 200 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	LC (30 cada 30 días)
fenofibrate 67 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)
fenofibrate 145 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (30 cada 30 días)
fenofibrate 48 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)
flecainide acetate 100 mg, 150 mg, 50 mg tab EC	\$0 (Tier 1)	
fosinopril sodium 10 mg, 20 mg, 40 mg tab EC	\$0 (Tier 1)	
fosinopril-hctz 10-12.5 mg, 20-12.5 mg tab EC	\$0 (Tier 1)	
furosemide 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml) solution; furosemide 40 mg/4 ml vial; furosemide 40 mg/5 ml soln EC	\$0 (Tier 1)	
furosemide 20 mg, 40 mg, 80 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
gemfibrozil 600 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)
guanfacine 1 mg, 2 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
hydralazine 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
hydralazine 20 mg/ml vial EC	\$0 (Tier 1)	
hydrochlorothiazide 12.5 mg cp EC	\$0 (Tier 1)	
hydrochlorothiazide 12.5 mg, 25 mg, 50 mg tab; hydrochlorothiazide 12.5 mg, 25 mg, 50 mg tb EC	\$0 (Tier 1)	
indapamide 1.25 mg, 2.5 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
irbesartan 150 mg, 300 mg, 75 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (30 cada 30 días)
irbesartan-hctz 150-12.5 mg tb EC	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)
irbesartan-hctz 300-12.5 mg tb EC	\$0 (Tier 1)	LC (30 cada 30 días)
isosorbide dinitr er 40 mg tab EC	\$0 (Tier 1)	
isosorbide dinitrate 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg tab EC	\$0 (Tier 1)	
isosorbide mononit 10 mg, 20 mg tab EC	\$0 (Tier 1)	
isosorbide mononit er 120 mg, 30 mg, 60 mg; isosorbide mononit er 120 mg, 30 mg, 60 mg tb EC	\$0 (Tier 1)	
isradipine 2.5 mg, 5 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	
labetalol hcl 100 mg, 200 mg, 300 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
labetalol hcl 100 mg/20 ml v EC	\$0 (Tier 1)	
lisinopril 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
lisinopril-hctz 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg tab EC	\$0 (Tier 1)	
losartan potassium 100 mg, 25 mg, 50 mg tab EC	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)
losartan-hctz 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg tab EC	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)
lovastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
methazolamide 25 mg, 50 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
methyldopa 250 mg, 500 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
methyldopa-hctz 250-15 mg, 250-25 mg tab EC	\$0 (Tier 1)	
metolazone 10 mg, 2.5 mg, 5 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
metoprolol succ er 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg tab EC	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)
metoprolol-hctz 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg tab EC	\$0 (Tier 1)	
metoprolol tart 5 mg/5 ml vial EC	\$0 (Tier 1)	
metoprolol tartrate 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg tab; metoprolol tartrate 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg tb EC	\$0 (Tier 1)	
metyrosine 250 mg capsule DL	\$0 (Tier 1)	
midodrine hcl 10 mg, 2.5 mg, 5 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
minoxidil 10 mg, 2.5 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
moexipril hcl 15 mg, 7.5 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
MULTAQ 400 MG TABLET EC	\$0 (Tier 2)	LC (60 cada 30 días)
nadolol-bendroflu 40-5 mg, 80-5 mg tab EC	\$0 (Tier 1)	
niacor 500 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
nifedipine er 30 mg, 60 mg, 90 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)
nimodipine 30 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	
nitroglycerin 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.6 mg/hr patch EC	\$0 (Tier 1)	LC (30 cada 30 días)
nitroglycerin 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg tablet sl EC	\$0 (Tier 1)	
nitroglycerin 0.4 mg/hr patch EC	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)
nitroglycerin 400 mcg spray EC	\$0 (Tier 1)	
nitroglycerin 5 mg/ml vial EC	\$0 (Tier 1)	
NITROSTAT 0.3 MG, 0.4 MG, 0.6 MG SUBLINGUAL TABLET EC	\$0 (Tier 2)	
NORTHERA 100 MG, 200 MG CAPSULE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (90 cada 30 días)
NORTHERA 300 MG CAPSULE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (180 cada 30 días)
olmesartan medoxomil 20 mg, 40 mg, 5 mg tab EC	\$0 (Tier 1)	LC (30 cada 30 días)
olmesartan-hctz 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg tab EC	\$0 (Tier 1)	LC (30 cada 30 días)
omega-3 ethyl esters 1 gm cap EC	\$0 (Tier 1)	LC (120 cada 30 días)
PACERONE 100 MG TABLET EC	\$0 (Tier 1)	
pacerone 200 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
PACERONE 400 MG TABLET EC	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)
pentoxifylline er 400 mg tab EC	\$0 (Tier 1)	
perindopril erbumine 2 mg, 4 mg, 8 mg tab EC	\$0 (Tier 1)	
pindolol 10 mg, 5 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
pravastatin sodium 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg tab EC	\$0 (Tier 1)	
prazosin 1 mg, 2 mg, 5 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	
prevalite 4 gram oral powder; prevalite 4 gram powder for susp in a packet EC	\$0 (Tier 1)	
procainamide 1,000 mg/10 ml vl; procainamide 1,000 mg/2 ml vl EC	\$0 (Tier 1)	
propafenone hcl 150 mg, 225 mg, 300 mg tab; propafenone hcl 150 mg, 225 mg, 300 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
propafenone hcl er 225 mg, 325 mg cap EC	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)
propafenone hcl er 425 mg cap EC	\$0 (Tier 1)	
propranolol 1 mg/ml, 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 40 mg/5 ml (8 mg/ml) vial; propranolol 20 mg/5 ml soln; propranolol 40 mg/5 ml soln EC	\$0 (Tier 1)	
propranolol 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
propranolol er 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
propranolol-hctz 40-25 mg, 80-25 mg tab EC	\$0 (Tier 1)	
quinapril 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
quinapril-hctz 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg tab EC	\$0 (Tier 1)	
quinidine gluc 80 mg/ml vial EC	\$0 (Tier 1)	
quinidine sulfate 200 mg, 300 mg tab EC	\$0 (Tier 1)	
ramipril 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	
ranolazine er 1,000 mg, 500 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (120 cada 30 días)
REPATHA PUSHTRONEX 420 MG/3.5 ML SUBCUTANEOUS WEARABLE INJECTOR EC	\$0 (Tier 2)	AP,LC (3.5 cada 28 días)
REPATHA SURECLICK 140 MG/ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR EC	\$0 (Tier 2)	AP,LC (3 cada 28 días)
REPATHA SYRINGE 140 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE EC	\$0 (Tier 2)	AP,LC (3 cada 28 días)
rosuvastatin calcium 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg tab EC	\$0 (Tier 1)	
simvastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 80 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
sorine 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
sotalol 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
sotalol af 120 mg, 160 mg, 80 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
spironolactone-hctz 25-25 tab EC	\$0 (Tier 1)	
spironolactone 100 mg, 25 mg, 50 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
taztia xt 120 mg, 180 mg, 240 mg capsule,extended release EC	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)
taztia xt 300 mg, 360 mg capsule,extended release EC	\$0 (Tier 1)	LC (30 cada 30 días)
telmisartan 20 mg, 40 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (30 cada 30 días)
telmisartan 80 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)
telmisartan-amlodipine 40-10; telmisartan-amlodipine 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg; telmisartan-amlodipine 80-10 EC	\$0 (Tier 1)	LC (30 cada 30 días)
terazosin 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	
tiadylt er 120 mg, 180 mg, 240 mg capsule,extended release EC	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)
tiadylt er 300 mg, 360 mg, 420 mg capsule,extended release EC	\$0 (Tier 1)	LC (30 cada 30 días)
timolol maleate 10 mg, 20 mg, 5 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
torsemide 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
trandolapril 1 mg, 2 mg, 4 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
triamterene-hctz 37.5-25 mg, 50-25 mg cap; triamterene-hctz 37.5-25 mg, 50-25 mg cp EC	\$0 (Tier 1)	
triamterene-hctz 37.5-25 mg, 75-50 mg tab; triamterene-hctz 37.5-25 mg, 75-50 mg tb EC	\$0 (Tier 1)	
triklo 1 gm capsule EC	\$0 (Tier 1)	LC (120 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
valsartan 160 mg, 320 mg, 40 mg, 80 mg tablet EC	\$0 (Tier 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 (Tier 1)	LC (30 cada 30 días)
VASCEPA 0.5 GRAM CAPSULE EC	\$0 (Tier 2)	LC (240 cada 30 días)
VASCEPA 1 GRAM CAPSULE EC	\$0 (Tier 2)	LC (120 cada 30 días)
verapamil 120 mg, 180 mg, 240 mg, 360 mg cap pellet; verapamil sr 120 mg, 180 mg, 240 mg, 360 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)
verapamil 120 mg, 40 mg, 80 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (120 cada 30 días)
verapamil 5 mg/2 ml ampul EC	\$0 (Tier 1)	
verapamil er 120 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (30 cada 30 días)
verapamil er 180 mg, 240 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
verapamil er pm 100 mg, 300 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	LC (30 cada 30 días)
verapamil er pm 200 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)
VYNDAMAX 61 MG CAPSULE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
VYNDAQEL 20 MG CAPSULE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
WELCHOL 3.75 GRAM ORAL POWDER PACKET EC	\$0 (Tier 2)	LC (30 cada 30 días)
WELCHOL 625 MG TABLET EC	\$0 (Tier 2)	LC (180 cada 30 días)

AGENTES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL - Medicamentos utilizados para tratar las enfermedades cerebrales, espinales y nerviosas Medicamentos de venta sin receta médica Medicamentos de venta sin receta médica

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
atomoxetine hcl 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)
atomoxetine hcl 100 mg, 60 mg, 80 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	LC (30 cada 30 días)
AUSTEDO 12 MG, 9 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
AUSTEDO 6 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
BETASERON 0.3 MG SUBCUTANEOUS KIT DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (15 cada 30 días)
COPAXONE 20 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
COPAXONE 40 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (12 cada 28 días)
dalfampridine er 10 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	AP,LC (60 cada 30 días)
dexamethylphenidate 10 mg, 2.5 mg, 5 mg tab EC	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)
dextroamphetamine 10 mg tab EC	\$0 (Tier 1)	LC (180 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
dextroamphetamine 5 mg tab EC	\$0 (Tier 1)	LC (150 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 (Tier 1)	LC (90 cada 30 días)
dextroamp-amphetamin 30 mg tab EC	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)
FIRDAPSE 10 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (240 cada 30 días)
GILENYA 0.25 MG, 0.5 MG CAPSULE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
glatiramer 20 mg/ml syringe DL	\$0 (Tier 1)	AP,LC (30 cada 30 días)
glatiramer 40 mg/ml syringe DL	\$0 (Tier 1)	AP,LC (12 cada 28 días)
glatopa 20 mg/ml subcutaneous syringe DL	\$0 (Tier 1)	AP,LC (30 cada 30 días)
glatopa 40 mg/ml subcutaneous syringe DL	\$0 (Tier 1)	AP,LC (12 cada 28 días)
methylphenidate 10 mg, 20 mg, 5 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (90 cada 30 días)
methylphenidate er 10 mg tab EC	\$0 (Tier 1)	LC (180 cada 30 días)
NUEDEXTA 20 MG-10 MG CAPSULE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
pregabalin 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	LC (90 cada 30 días)
pregabalin 20 mg/ml solution EC	\$0 (Tier 1)	LC (900 cada 30 días)
pregabalin 225 mg, 300 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)
riluzole 50 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
RUZURGI 10 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (300 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 (Tier 2)	LC (60 cada 30 días)
TECFIDERA 120 MG (14)- 240 MG (46), 240 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE; TECFIDERA 120 MG (14)-240 MG (46) CAPSULE,DELAYED RELEASE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
TECFIDERA 120 MG CAPSULE,DELAYED RELEASE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (14 cada 30 días)
tetrabenazine 12.5 mg tablet DL	\$0 (Tier 1)	AP,LC (240 cada 30 días)
tetrabenazine 25 mg tablet DL	\$0 (Tier 1)	AP,LC (120 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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 DENTALES Y ORALES - Medicamentos utilizados para tratar la enfermedades que involucran la boca y los dientes

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
chlorhexidine 0.12% rinse EC	\$0 (Tier 1)	
oralone 0.1 % dental paste EC	\$0 (Tier 1)	
paroex oral rinse 0.12 % mouthwash EC	\$0 (Tier 1)	
periogard 0.12 % mouthwash EC	\$0 (Tier 1)	
pilocarpine hcl 5 mg, 7.5 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
triamcinolone 0.1% paste EC	\$0 (Tier 1)	

AGENTES DERMATOLÓGICOS - Medicamentos utilizados para tratar enfermedades de la piel

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
acitretin 10 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	LC (90 cada 30 días)
acitretin 17.5 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)
acitretin 25 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	
adapalene 0.1% gel EC	\$0 (Tier 1)	
ammonium lactate 12% cream EC	\$0 (Tier 1)	
ammonium lactate 12% lotion EC	\$0 (Tier 1)	
amnesteem 10 mg, 20 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)
amnesteem 40 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	LC (120 cada 30 días)
calcipotriene 0.005% cream EC	\$0 (Tier 1)	LC (120 cada 30 días)
calcipotriene 0.005% solution EC	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)
COSENTYX 150 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (34 cada 365 días)
COSENTYX 300 MG/2 SYRINGES (150 MG/ML) SUBCUTANEOUS DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (34 cada 365 días)
COSENTYX PEN 150 MG/ML SUBCUTANEOUS DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (34 cada 365 días)
COSENTYX PEN 300 MG/2 PENS (150 MG/ML) SUBCUTANEOUS DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (34 cada 365 días)
fluorouracil 2% topical soln; fluorouracil 5% topical soln EC	\$0 (Tier 1)	
fluorouracil 5% cream EC	\$0 (Tier 1)	
imiquimod 5% cream packet EC	\$0 (Tier 1)	LC (12 cada 30 días)
isotretinoin 10 mg, 20 mg, 30 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)
isotretinoin 40 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	LC (120 cada 30 días)
methoxsalen 10 mg softgel DL	\$0 (Tier 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
myorisan 10 mg, 20 mg, 30 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)
myorisan 40 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	LC (120 cada 30 días)
pimecrolimus 1% cream EC	\$0 (Tier 1)	
podofilox 0.5% topical soln EC	\$0 (Tier 1)	
RECTIV 0.4 % (W/W) OINTMENT EC	\$0 (Tier 2)	LC (30 cada 30 días)
REGRANEX 0.01 % TOPICAL GEL DL	\$0 (Tier 2)	
SANTYL 250 UNIT/GRAM TOPICAL OINTMENT EC	\$0 (Tier 2)	
SKYRIZI 150 MG/1.66 ML(75 MG/0.83 ML X 2) SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT EC	\$0 (Tier 2)	AP,LC (6 cada 365 días)
SKYRIZI 75 MG/0.83 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE EC	\$0 (Tier 2)	AP,LC (9.96 cada 365 días)
STELARA 90 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (3 cada 84 días)
tacrolimus 0.03% ointment; tacrolimus 0.1% ointment EC	\$0 (Tier 1)	
tazarotene 0.1% cream EC	\$0 (Tier 1)	AP
TAZORAC 0.05 %, 0.1 % TOPICAL GEL EC	\$0 (Tier 2)	AP
TOLAK 4 % TOPICAL CREAM EC	\$0 (Tier 2)	
tretinoin 0.01% gel; tretinoin 0.025% gel; tretinoin 0.05% gel EC	\$0 (Tier 1)	AP
tretinoin 0.025% cream; tretinoin 0.05% cream; tretinoin 0.1% cream EC	\$0 (Tier 1)	AP
UVADEX 20 MCG/ML INJECTION SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	B vs D
zenatane 10 mg, 20 mg, 30 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)
zenatane 40 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	LC (120 cada 30 días)

ELECTROLITOS/MINERALES/METALES/VITAMINAS - Medicamentos utilizados para tratar las deficiencias de vitaminas

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
AMINOSYN 10 % INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	B vs D
AMINOSYN 7 % WITH ELECTROLYTES INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	B vs D
AMINOSYN 8.5 % INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	B vs D
AMINOSYN 8.5 % WITH ELECTROLYTES INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	B vs D
AMINOSYN II 10 % INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	B vs D
AMINOSYN II 15 % INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	B vs D
AMINOSYN II 7 % INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	B vs D

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
AMINOSYN II 8.5 % INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	B vs D
AMINOSYN II 8.5 % WITH ELECTROLYTES INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	B vs D
AMINOSYN M 3.5 % INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	B vs D
AMINOSYN-HBC 7% INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	B vs D
AMINOSYN-PF 10 % INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	B vs D
AMINOSYN-PF 7 % (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	B vs D
AMINOSYN-RF 5.2 % INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	B vs D
<i>calcium acetate 667 mg capsule</i> EC	\$0 (Tier 1)	
<i>calcium acetate 667 mg tablet</i> EC	\$0 (Tier 1)	
CARBAGLU 200 MG DISPERSIBLE TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP
CHEMET 100 MG CAPSULE DL	\$0 (Tier 2)	
CLINIMIX 5 % IN 15 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	B vs D
CLINIMIX 5 % IN 25 % DEXTROSE SULFITE-FREE INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	B vs D
CLINIMIX 2.75%-5% SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	B vs D
CLINIMIX 4.25%-20% SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	B vs D
CLINIMIX 4.25 % IN 25 % DEXTROSE (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	B vs D
CLINIMIX 4.25 % IN 10 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	B vs D
CLINIMIX 4.25 % IN 5 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	B vs D
CLINIMIX 5 % IN 20 % DEXTROSE (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	B vs D
CLINIMIX 6 % IN 5 % DEXTROSE (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	B vs D
CLINIMIX 8 % IN 10 % DEXTROSE (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	B vs D
CLINIMIX 8 % IN 14 % DEXTROSE (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	B vs D
CLINIMIX E 2.75%-10% SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	B vs D
CLINIMIX E 2.75 % IN 5 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	B vs D
CLINIMIX E 4.25%-25% SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	B vs D

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
CLINIMIX E 4.25 % IN 5 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	B vs D
CLINIMIX E 5 % IN 15 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	B vs D
CLINIMIX E 5 % IN 20 % DEXTROSE SULFITE FREE INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	B vs D
CLINIMIX E 5%-25% SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	B vs D
CLINIMIX E 8 % IN 10 % DEXTROSE (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	B vs D
CLINIMIX E 8 % IN 14 % DEXTROSE (SULFITE-FREE) INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	B vs D
CLINOLIPID 20 % INTRAVENOUS EMULSION EC	\$0 (Tier 2)	B vs D
clovique 250 mg capsule DL	\$0 (Tier 1)	LC (240 cada 30 días)
dextrose 10%-0.45% nacl iv soln EC	\$0 (Tier 1)	
dextrose 2.5%-0.45% nacl iv EC	\$0 (Tier 1)	
dextrose 5%-0.9% nacl iv soln EC	\$0 (Tier 1)	
dextrose 5%-0.45% nacl iv soln EC	\$0 (Tier 1)	
DEPEN TITRATABS 250 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	
dextrose 10%-0.2% nacl iv soln EC	\$0 (Tier 1)	
dextrose 10%-water iv solution EC	\$0 (Tier 1)	
dextrose 5%-water iv soln EC	\$0 (Tier 1)	
dextrose 5%-0.2% nacl iv soln EC	\$0 (Tier 1)	
dextrose 5%-0.3% nacl iv soln EC	\$0 (Tier 1)	
dextrose 5%-electrolyte 48 EC	\$0 (Tier 1)	
EXJADE 125 MG, 250 MG, 500 MG DISPERSIBLE TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP
HEPATAMINE 8% INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	B vs D
INTRALIPID 20 %, 30 % INTRAVENOUS EMULSION EC	\$0 (Tier 2)	B vs D
IONOSOL-B IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	
IONOSOL-MB IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	
ISOLYTE-S INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	
JADENU 180 MG, 360 MG, 90 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP
KABIVEN 3.31 %-9.8 %-3.9 % INTRAVENOUS EMULSION EC	\$0 (Tier 2)	B vs D
kionex (with sorbitol) 15 gram-19.3 gram/60 ml oral suspension EC	\$0 (Tier 1)	
KLOR-CON 10 MEQ TABLET,EXTENDED RELEASE EC	\$0 (Tier 2)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
KLOR-CON 8 MEQ TABLET,EXTENDED RELEASE EC	\$0 (Tier 2)	
klor-con m10 meq tablet,extended release EC	\$0 (Tier 1)	
KLOR-CON M15 MEQ TABLET,EXTENDED RELEASE EC	\$0 (Tier 1)	
klor-con m20 meq tablet,extended release EC	\$0 (Tier 1)	
lactated ringers injection EC	\$0 (Tier 1)	
levocarnitine 330 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
levocarnitine 1 g/10 ml soln EC	\$0 (Tier 1)	
LOKELMA 10 GRAM, 5 GRAM ORAL POWDER PACKET EC	\$0 (Tier 2)	LC (30 cada 30 días)
m-natal plus 27 mg iron-1 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
magnesium sulf 1 g/100 ml-d5w EC	\$0 (Tier 1)	
magnesium sulf 20 g/500 ml bag EC	\$0 (Tier 1)	
NEPHRAMINE 5.4 % INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	B vs D
NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	
NORMOSOL-R INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	
NORMOSOL-R IN 5 % DEXTROSE INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	
NORMOSOL-R PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	
NUTRILIPID 20 % INTRAVENOUS EMULSION EC	\$0 (Tier 2)	B vs D
penicillamine 250 mg tablet DL	\$0 (Tier 1)	
PERIKABIVEN 2.36 %-6.8 %-3.5 % INTRAVENOUS EMULSION EC	\$0 (Tier 2)	B vs D
PLASMA-LYTE 148 INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	
pnv ob+dha combo pack EC	\$0 (Tier 1)	
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 (Tier 1)	
potassium cl 10% (20 meq/15ml) EC	\$0 (Tier 1)	LC (1125 cada 30 días)
potassium cl 20% (40 meq/15ml) EC	\$0 (Tier 1)	
potassium cl 40 meq/20 ml conc EC	\$0 (Tier 1)	
potassium cl er 10 meq, 20 meq tablet EC	\$0 (Tier 1)	
potassium cl er 10 meq, 20 meq, 8 meq tablet EC	\$0 (Tier 1)	
potassium cl er 10 meq, 8 meq capsule EC	\$0 (Tier 1)	
kcl 20 meq-ns 1,000 ml iv soln; kcl 40 meq-ns 1,000 ml iv soln EC	\$0 (Tier 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 (Tier 1)	
kcl 20 meq in d5w-lact ringer; kcl 40 meq in d5w-lact ringer EC	\$0 (Tier 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
potassium cl 10 meq/100 ml, 10 meq/50 ml, 20 meq/50 ml, 30 meq/100 ml sol EC	\$0 (Tier 1)	
potassium cl 20 meq-0.45% nacl EC	\$0 (Tier 1)	
d5%-1/4ns-kcl 20 meq/l, 40 meq/l iv sol; kcl 20 meq in d5w-0.2% nacl EC	\$0 (Tier 1)	
kcl 20 meq in d5w-0.3% nacl EC	\$0 (Tier 1)	
kcl 20 meq in d5w-ns; kcl 40 meq in d5w-nacl 0.9% EC	\$0 (Tier 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 (Tier 1)	
pr natal 400 29 mg-1 mg-400 mg oral pack EC	\$0 (Tier 1)	
pr natal 400 ec 29 mg-1 mg-400 mg tablet-capsule,delayed release EC	\$0 (Tier 1)	
pr natal 430 29 mg iron-1 mg-430 mg oral pack EC	\$0 (Tier 1)	
pr natal 430 ec 29 mg-1 mg-430 mg tablet-capsule,delayed release EC	\$0 (Tier 1)	
PREMASOL 10 % INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Tier 1)	B vs D
PREMASOL 6% IV SOLUTION EC	\$0 (Tier 1)	B vs D
PRENATABS FA 29 MG-1 MG TABLET EC	\$0 (Tier 1)	
prenatal plus (calcium carbonate) 27 mg iron-1 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
PROCALAMINE 3% INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	B vs D
RENVELA 0.8 GRAM ORAL POWDER PACKET EC	\$0 (Tier 2)	LC (540 cada 30 días)
RENVELA 2.4 GRAM ORAL POWDER PACKET EC	\$0 (Tier 2)	LC (180 cada 30 días)
RENVELA 800 MG TABLET EC	\$0 (Tier 2)	LC (540 cada 30 días)
ringer's iv solution EC	\$0 (Tier 1)	
SAMSCA 15 MG, 30 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	LC (60 cada 30 días)
sevelamer 0.8 gm powder packet EC	\$0 (Tier 1)	LC (540 cada 30 días)
sevelamer 2.4 gm powder packet EC	\$0 (Tier 1)	LC (180 cada 30 días)
sevelamer carbonate 800 mg tab EC	\$0 (Tier 1)	LC (540 cada 30 días)
SMOFLIPID 20 % INTRAVENOUS EMULSION EC	\$0 (Tier 2)	B vs D
sodium bicarb 8.4% abboject EC	\$0 (Tier 1)	
sodium chloride 100 meq/40 ml EC	\$0 (Tier 1)	
saline 0.45% soln-excel con EC	\$0 (Tier 1)	
sodium chloride 0.45% soln EC	\$0 (Tier 1)	
sodium chloride 0.9% solution EC	\$0 (Tier 1)	
sodium chloride 0.9% vial EC	\$0 (Tier 1)	
sodium chloride 3% iv soln EC	\$0 (Tier 1)	
sodium chloride 5% iv soln EC	\$0 (Tier 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
sodium lactate 50 meq/10 ml v ^l ^{EC}	\$0 (Tier 1)	
sodium polystyrene sulfonate (sorbitol free) 15 gram/60 ml oral susp ^{EC}	\$0 (Tier 1)	
sodium polystyrene sulf powder ^{EC}	\$0 (Tier 1)	
sps 15 gm/60 ml suspension ^{EC}	\$0 (Tier 1)	
SPS (WITH SORBITOL) 15 GRAM-20 GRAM/60 ML ORAL SUSPENSION ^{EC}	\$0 (Tier 1)	
tolvaptan 15 mg, 30 mg tablet ^{DL}	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)
TPN ELECTROLYTES 35 MEQ-20 MEQ-5 MEQ/20 ML INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Tier 2)	
TRAVASOL 10 % INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Tier 2)	B vs D
trientine hcl 250 mg capsule ^{DL}	\$0 (Tier 1)	LC (240 cada 30 días)
TROPHAMINE 10 % INTRAVENOUS SOLUTION ^{EC}	\$0 (Tier 2)	B vs D
TROPHAMINE 6% IV SOLUTION ^{EC}	\$0 (Tier 2)	B vs D

AGENTES GASTROINTESTINALES - Medicamentos utilizados para tratar las enfermedades estomacales e intestinales

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
CHENODAL 250 MG TABLET ^{DL}	\$0 (Tier 2)	AP
cimetidine 200 mg, 300 mg, 400 mg, 800 mg tablet ^{EC}	\$0 (Tier 1)	
cimetidine 300 mg/5 ml soln ^{EC}	\$0 (Tier 1)	
constulose 10 gram/15 ml oral solution ^{EC}	\$0 (Tier 1)	
dicyclomine 10 mg capsule ^{EC}	\$0 (Tier 1)	
dicyclomine 10 mg/5 ml soln ^{EC}	\$0 (Tier 1)	
dicyclomine 20 mg tablet ^{EC}	\$0 (Tier 1)	
diphenoxylat-atrop 2.5-0.025/5 ^{EC}	\$0 (Tier 1)	
diphenoxylate-atrop 2.5-0.025 ^{EC}	\$0 (Tier 1)	
enulose 10 gram/15 ml oral solution ^{EC}	\$0 (Tier 1)	
esomeprazole mag dr 20 mg, 40 mg cap ^{EC}	\$0 (Tier 1)	LC (30 cada 30 días)
famotidine 20 mg, 40 mg tablet ^{EC}	\$0 (Tier 1)	
famotidine 40 mg/4 ml vial ^{EC}	\$0 (Tier 1)	
famotidine 40 mg/5 ml susp ^{EC}	\$0 (Tier 1)	
famotidine 20 mg/2 ml vial ^{EC}	\$0 (Tier 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
famotidine 20 mg piggyback EC	\$0 (Tier 1)	
GATTEX 30-VIAL 5 MG SUBCUTANEOUS KIT DL	\$0 (Tier 2)	AP
GATTEX ONE-VIAL 5 MG SUBCUTANEOUS KIT DL	\$0 (Tier 2)	AP
gavilyte-c 240 gram-22.72 gram-6.72 gram-5.84 gram oral solution EC	\$0 (Tier 1)	
gavilyte-g 236 gram-22.74 gram-6.74 gram-5.86 gram oral solution EC	\$0 (Tier 1)	
gavilyte-n 420 gram oral solution EC	\$0 (Tier 1)	
generlac 10 gram/15 ml oral solution EC	\$0 (Tier 1)	
glycopyrrolate 1 mg, 2 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
glycopyrrolate 4 mg/20 ml vial EC	\$0 (Tier 1)	
lactulose 10 gm/15 ml solution; lactulose 20 gm/30 ml solution EC	\$0 (Tier 1)	
lansoprazole dr 15 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)
lansoprazole dr 30 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	LC (30 cada 30 días)
LINZESS 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG CAPSULE EC	\$0 (Tier 2)	LC (30 cada 30 días)
misoprostol 100 mcg, 200 mcg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
MOVANTIK 12.5 MG, 25 MG TABLET EC	\$0 (Tier 2)	LC (30 cada 30 días)
MYALEPT 5 MG/ML (FINAL CONCENTRATION) SUBCUTANEOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
omeprazole dr 10 mg, 20 mg, 40 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)
pantoprazole sod dr 20 mg, 40 mg tab EC	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)
pantoprazole sodium 40 mg vial EC	\$0 (Tier 1)	
peg 3350 electrolyte soln; peg-3350 and electrolytes soln EC	\$0 (Tier 1)	
peg 3350-electrolyte solution EC	\$0 (Tier 1)	
PYLERA 140 MG-125 MG-125 MG CAPSULE EC	\$0 (Tier 2)	LC (144 cada 30 días)
RELISTOR 12 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	LC (36 cada 30 días)
RELISTOR 12 MG/0.6 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE EC	\$0 (Tier 2)	LC (36 cada 28 días)
RELISTOR 150 MG TABLET EC	\$0 (Tier 2)	LC (90 cada 30 días)
RELISTOR 8 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE EC	\$0 (Tier 2)	LC (12 cada 30 días)
sucralfate 1 gm tablet EC	\$0 (Tier 1)	
SUPREP BOWEL PREP KIT 17.5 GRAM-3.13 GRAM-1.6 GRAM ORAL SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	
trilyte with flavor packets 420 gram oral solution EC	\$0 (Tier 1)	
ursodiol 250 mg, 500 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
XIFAXAN 200 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (9 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
XIFAXAN 550 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (84 cada 28 días)

TRASTORNOS GENÉTICOS O ENZIMÁTICOS: REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO - Medicamentos utilizados para tratar enfermedades causadas por trastornos genéticos

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
ADAGEN 250 UNIT/ML VIAL DL	\$0 (Tier 2)	
ARALAST NP 1,000 MG, 500 MG INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP
CERDELGA 84 MG CAPSULE DL	\$0 (Tier 2)	AP
CEREZYME 400 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP
CHOLBAM 250 MG, 50 MG CAPSULE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
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 (Tier 2)	
CRYSVITA 10 MG/ML, 20 MG/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (2 cada 28 días)
CRYSVITA 30 MG/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (6 cada 28 días)
CYSTADANE 1 GRAM/1.7 ML ORAL POWDER DL	\$0 (Tier 2)	
CYSTAGON 150 MG, 50 MG CAPSULE EC	\$0 (Tier 2)	
ELELYSO 200 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP
EVRYSDI 0.75 MG/ML ORAL SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (240 cada 30 días)
GLASSIA 1 GRAM/50 ML (2 %) INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP
KUVAN 100 MG SOLUBLE TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP
KUVAN 100 MG, 500 MG ORAL POWDER PACKET DL	\$0 (Tier 2)	AP
LUMIZYME 50 MG INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP
NAGLAZYME 5 MG/5 ML INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP
nitisinone 10 mg, 2 mg, 5 mg capsule DL	\$0 (Tier 1)	
NITYR 10 MG, 2 MG, 5 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	
ORFADIN 10 MG, 2 MG, 20 MG, 5 MG CAPSULE DL	\$0 (Tier 2)	
ORFADIN 4 MG/ML ORAL SUSPENSION DL	\$0 (Tier 2)	
REVCOVI 2.4 MG/1.5 ML (1.6 MG/ML) INTRAMUSCULAR SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
sapropterin 100 mg tablet DL	\$0 (Tier 1)	AP
sapropterin 100 mg, 500 mg powder pkt DL	\$0 (Tier 1)	AP
sodium phenylbutyrate powder DL	\$0 (Tier 1)	
STRENSIQ 18 MG/0.45 ML, 28 MG/0.7 ML, 40 MG/ML, 80 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP
SUCRAID 8,500 UNIT/ML ORAL SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	

AGENTES GENITOURINARIOS - Medicamentos utilizados para tratar enfermedades tales como problemas de vejiga o próstata

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
alfuzosin hcl er 10 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (30 cada 30 días)
bethanechol 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
dutasteride 0.5 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	LC (30 cada 30 días)
ELMIRON 100 MG CAPSULE DL	\$0 (Tier 2)	LC (90 cada 30 días)
finasteride 5 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (30 cada 30 días)
flavoxate hcl 100 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
MYRBETRIQ 25 MG, 50 MG TABLET, EXTENDED RELEASE EC	\$0 (Tier 2)	LC (30 cada 30 días)
oxybutynin 5 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
oxybutynin 5 mg/5 ml syrup EC	\$0 (Tier 1)	
oxybutynin cl er 10 mg, 15 mg, 5 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)
tamsulosin hcl 0.4 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)
THIOLA 100 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	
tolterodine tart er 2 mg, 4 mg cap EC	\$0 (Tier 1)	LC (30 cada 30 días)
tolterodine tartrate 1 mg, 2 mg tab EC	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)
TOVIAZ 4 MG, 8 MG TABLET, EXTENDED RELEASE EC	\$0 (Tier 2)	LC (30 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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 HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARRENALES) -
Medicamentos utilizados para tratar la inflamación

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
a-hydrocort 100 mg solution for injection EC	\$0 (Tier 1)	
ACTHAR 80 UNIT/ML INJECTION GEL DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
betamethasone dp 0.05% crm EC	\$0 (Tier 1)	
betamethasone dp 0.05% lot EC	\$0 (Tier 1)	
betamethasone dp 0.05% oint EC	\$0 (Tier 1)	
betamethasone va 0.1% cream EC	\$0 (Tier 1)	
betamethasone va 0.1% lotion EC	\$0 (Tier 1)	
betamethasone valer 0.1% ointm EC	\$0 (Tier 1)	
betamethasone dp aug 0.05% crm EC	\$0 (Tier 1)	
betamethasone dp aug 0.05% gel EC	\$0 (Tier 1)	
betamethasone dp aug 0.05% lot EC	\$0 (Tier 1)	
betamethasone dp aug 0.05% oin EC	\$0 (Tier 1)	
clobetasol 0.05% cream EC	\$0 (Tier 1)	
clobetasol 0.05% gel EC	\$0 (Tier 1)	LC (120 cada 28 días)
clobetasol 0.05% ointment EC	\$0 (Tier 1)	LC (120 cada 28 días)
clobetasol 0.05% solution EC	\$0 (Tier 1)	
clobetasol emollient 0.05% crm EC	\$0 (Tier 1)	
cormax 0.05% solution EC	\$0 (Tier 1)	
cortisone 25 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
decadron 0.5 mg/5 ml elixir EC	\$0 (Tier 1)	
desonide 0.05% cream EC	\$0 (Tier 1)	
desonide 0.05% ointment EC	\$0 (Tier 1)	
desoximetasone 0.25% cream EC	\$0 (Tier 1)	
desoximetasone 0.25% ointment EC	\$0 (Tier 1)	
dexamethasone 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
dexamethasone 0.5 mg/5 ml elx EC	\$0 (Tier 1)	
dexamethasone 0.5 mg/5 ml liq EC	\$0 (Tier 1)	
dexamethasone intensol 1 mg/ml drops (concentrate) EC	\$0 (Tier 1)	
dexamethasone 10 mg/ml syring EC	\$0 (Tier 1)	
dexamethasone 10 mg/ml, 4 mg/ml vial EC	\$0 (Tier 1)	
dexamethasone 4 mg/ml syringe EC	\$0 (Tier 1)	
fludrocortisone 0.1 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
fluocinolone 0.01% cream; fluocinolone 0.025% cream EC	\$0 (Tier 1)	
fluocinolone 0.01% solution EC	\$0 (Tier 1)	
fluocinolone 0.025% ointment EC	\$0 (Tier 1)	
fluocinolone 0.01% scalp oil EC	\$0 (Tier 1)	
fluocinonide 0.05% cream EC	\$0 (Tier 1)	
fluocinonide 0.05% gel EC	\$0 (Tier 1)	
fluocinonide 0.05% ointment EC	\$0 (Tier 1)	
fluocinonide 0.05% solution EC	\$0 (Tier 1)	
fluocinonide-e 0.05 % topical cream EC	\$0 (Tier 1)	
fluocinonide-e 0.05% cream EC	\$0 (Tier 1)	
fluticasone prop 0.005% oint EC	\$0 (Tier 1)	
fluticasone prop 0.05% cream EC	\$0 (Tier 1)	
hydrocortisone 1% cream; hydrocortisone 2.5% cream EC	\$0 (Tier 1)	
hydrocortisone 1% ointment; hydrocortisone 2.5% ointment EC	\$0 (Tier 1)	
hydrocortisone 10 mg, 20 mg, 5 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
hydrocortisone 2.5% lotion EC	\$0 (Tier 1)	
hydrocortisone val 0.2% cream EC	\$0 (Tier 1)	
hydrocortisone val 0.2% ointmt EC	\$0 (Tier 1)	
methylprednisolone 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg tab;	\$0 (Tier 1)	B vs D
methylprednisolone 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg tablet EC		
methylprednisolone 4 mg dosepk EC	\$0 (Tier 1)	
methylprednisolone 40 mg/ml, 80 mg/ml vl EC	\$0 (Tier 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 (Tier 1)	
mometasone furoate 0.1% cream EC	\$0 (Tier 1)	
mometasone furoate 0.1% oint EC	\$0 (Tier 1)	
mometasone furoate 0.1% soln EC	\$0 (Tier 1)	
prednisolone 15 mg/5 ml soln EC	\$0 (Tier 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 (Tier 1)	
prednisone 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	B vs D
prednisone 10 mg, 5 mg tab dose pack EC	\$0 (Tier 1)	
prednisone 5 mg/5 ml solution EC	\$0 (Tier 1)	B vs D
prednisone intensol 5 mg/ml oral concentrate EC	\$0 (Tier 1)	B vs D
procto-med hc 2.5 % topical cream perineal applicator EC	\$0 (Tier 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
procto-pak 1 % topical cream perineal applicator EC	\$0 (Tier 1)	
proctosol hc 2.5 % topical cream perineal applicator EC	\$0 (Tier 1)	
protozone-hc 2.5 % topical cream perineal applicator EC	\$0 (Tier 1)	
SOLU-MEDROL 2 GRAM INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	
SOLU-MEDROL (PF) 1,000 MG/8 ML, 125 MG/2 ML, 40 MG/ML, 500 MG/4 ML INTRAVENOUS SOLUTION; SOLU-MEDROL (PF) 1,000 MG/8 ML, 125 MG/2 ML, 40 MG/ML, 500 MG/4 ML SOLUTION FOR INJECTION EC	\$0 (Tier 2)	
triamcinolone 0.025% cream; triamcinolone 0.1% cream; triamcinolone 0.5% cream EC	\$0 (Tier 1)	
triamcinolone 0.025% lotion; triamcinolone 0.1% lotion EC	\$0 (Tier 1)	
triamcinolone 0.025% oint; triamcinolone 0.1% ointment; triamcinolone 0.5% ointment EC	\$0 (Tier 1)	
triderm 0.1 %, 0.5 % topical cream EC	\$0 (Tier 1)	
VERIPRED 20 20 MG/5 ML (4 MG/ML) ORAL SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	

AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (PITUITARIA) - Medicamentos utilizados para tratar bajos niveles de hormonas pituitarias

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
CHORIONIC GONAD 10,000 UNIT VIAL DL	\$0 (Tier 2)	AP
desmopressin 0.01% solution; desmopressin 10 mcg/0.1 ml spr EC	\$0 (Tier 1)	LC (25 cada 30 días)
desmopressin ac 4 mcg/ml vial EC	\$0 (Tier 1)	
desmopressin acetate 0.1 mg tb EC	\$0 (Tier 1)	LC (180 cada 30 días)
desmopressin acetate 0.2 mg tb EC	\$0 (Tier 1)	
EGRIFTA 1 MG VIAL DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
EGRIFTA SV 2 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
INCRELEX 10 MG/ML SUBCUTANEOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP
OMNITROPE 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE DL	\$0 (Tier 2)	AP
OMNITROPE 5.8 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
STIMATE 1.5 MG/ML NASAL SPRAY DL	\$0 (Tier 2)	

AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (HORMONAS SEXUALES/MODIFICADORES) - Medicamentos utilizados para los desequilibrios de hormonas sexuales

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
afirmelle 0.1 mg-20 mcg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
altavera (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
amabelz 0.5 mg-0.1 mg tablet; amabelz 1 mg-0.5 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
amethia lo 0.10 mg-20 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack EC	\$0 (Tier 1)	LC (91 cada 90 días)
ANADROL-50 50 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	
apri 0.15 mg-0.03 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
aranelle (28) 0.5 mg/1 mg/0.5 mg-35 mcg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
aubra 0.1 mg-20 mcg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
aubra eq 0.1 mg-20 mcg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
aurovela 1.5/30 (21) 1.5 mg-30 mcg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
aurovela 1/20 (21) 1 mg-20 mcg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
aurovela 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet EC	\$0 (Tier 1)	
aurovela fe 1-20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet EC	\$0 (Tier 1)	
aurovela fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet EC	\$0 (Tier 1)	
aviane 0.1 mg-20 mcg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
ayuna 0.15 mg-0.03 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
azurette (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet EC	\$0 (Tier 1)	
bekyree (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet EC	\$0 (Tier 1)	
blisovi fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet EC	\$0 (Tier 1)	
blisovi fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet EC	\$0 (Tier 1)	
camila 0.35 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
camrese lo 0.10 mg-20 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack EC	\$0 (Tier 1)	LC (91 cada 90 días)
caziant (28) 0.1 mg/0.125 mg/0.15 mg-25 mcg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
chateal eq (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
COMBIPATCH 0.05 MG-0.14 MG/24 HR TRANSDERMAL; COMBIPATCH 0.05 MG-0.25 MG/24 HR TRANSDERMAL EC	\$0 (Tier 2)	LC (8 cada 28 días)
cryselle (28) 0.3 mg-30 mcg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
cyclafem 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
cyclafem 7/7/7 (28) 0.5 mg/0.75 mg/1 mg-35 mcg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
cyred 0.15 mg-0.03 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
cyred eq 0.15 mg-0.03 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
danazol 100 mg, 200 mg, 50 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	
dasetta 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
dasetta 7/7/7 (28) 0.5 mg(7)/0.75 mg(7)/1 mg(7)-35 mcg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
deblitane 0.35 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
DEPO-ESTRADIOL 5 MG/ML INTRAMUSCULAR OIL EC	\$0 (Tier 2)	LC (5 cada 30 días)
desogestr-eth estrad eth estra EC	\$0 (Tier 1)	
desogest-eth estra 0.15-0.03mg EC	\$0 (Tier 1)	
dotti 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr transdermal patch EC	\$0 (Tier 1)	LC (8 cada 28 días)
drospirenone-ee 3-0.02 mg, 3-0.03 mg tab EC	\$0 (Tier 1)	
DUAVEE 0.45 MG-20 MG TABLET EC	\$0 (Tier 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
elinest 0.3 mg-30 mcg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
ELLA 30 MG TABLET EC	\$0 (Tier 2)	LC (1 cada 30 días)
emoquette 0.15 mg-0.03 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
enpresse 50-30 (6)/75-40(5)/125-30(10) tablet EC	\$0 (Tier 1)	
enskyce 0.15 mg-0.03 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
errin 0.35 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
estradiol 0.01% cream EC	\$0 (Tier 1)	
estradiol 0.025 mg patch(1/wk); estradiol 0.0375mg patch(1/wk); estradiol 0.05 mg patch (1/wk); estradiol 0.06 mg patch (1/wk); estradiol 0.075 mg patch(1/wk); estradiol 0.1 mg patch (1/wk) EC	\$0 (Tier 1)	LC (4 cada 28 días)
estradiol 0.025 mg patch(2/wk); estradiol 0.0375mg patch(2/wk); estradiol 0.05 mg patch (2/wk); estradiol 0.075 mg patch(2/wk); estradiol 0.1 mg patch (2/wk) EC	\$0 (Tier 1)	LC (8 cada 28 días)
estradiol 0.5 mg, 1 mg, 10 mcg, 2 mg tablet; estradiol 0.5 mg, 1 mg, 10 mcg, 2 mg vaginal insrt EC	\$0 (Tier 1)	
estradiol valerate 100 mg/5 ml; estradiol valerate 200 mg/5 ml EC	\$0 (Tier 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 (Tier 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
ethynodiol-eth estra 1mg-35mcg; ethynodiol-eth estra 1mg-50mcg EC	\$0 (Tier 1)	
falmina (28) 0.1 mg-20 mcg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
femynor 0.25 mg-35 mcg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
gianvi (28) 3 mg-0.02 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
hailey 1.5 mg-30 mcg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
hailey 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet EC	\$0 (Tier 1)	
hailey fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet EC	\$0 (Tier 1)	
hailey fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet EC	\$0 (Tier 1)	
heather 0.35 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
incassia 0.35 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
introvale 0.15 mg-30 mcg (91) tablets,3 month dose pack EC	\$0 (Tier 1)	LC (91 cada 90 días)
isibloom 0.15 mg-0.03 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
jasmiel (28) 3 mg-0.02 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
jencycla 0.35 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
juleber 0.15 mg-0.03 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
junel 1.5/30 (21) 1.5 mg-30 mcg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
junel 1/20 (21) 1 mg-20 mcg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
junel fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet EC	\$0 (Tier 1)	
junel fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet EC	\$0 (Tier 1)	
junel fe 24 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet EC	\$0 (Tier 1)	
kalliga 0.15 mg-0.03 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
kariva (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet EC	\$0 (Tier 1)	
kelnor 1-50 (28) 1 mg-50 mcg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
kelnor 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
kurvelo (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
levonor-e estrad 0.1-0.02-0.01 EC	\$0 (Tier 1)	LC (91 cada 90 días)
larin 1.5/30 (21) 1.5 mg-30 mcg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
larin 1/20 (21) 1 mg-20 mcg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
larin 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet EC	\$0 (Tier 1)	
larin fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet EC	\$0 (Tier 1)	
larin fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet EC	\$0 (Tier 1)	
larissa 0.1 mg-20 mcg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
lessina 0.1 mg-20 mcg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
levonest (28) 50-30 (6)/75-40(5)/125-30(10) tablet EC	\$0 (Tier 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
levonor-eth estrad triphasic EC	\$0 (Tier 1)	
levonor-eth estrad 0.1-0.02 mg; levonor-eth estrad 0.15-0.03 EC	\$0 (Tier 1)	
levonor-eth estrad 0.15-0.03 EC	\$0 (Tier 1)	LC (91 cada 90 días)
levora-28 0.15 mg-0.03 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
lilow (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
lo-zumandimine (28) 3 mg-0.02 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
lojaimiess 0.10 mg-20 mcg (84)/10 mcg(7) tablets,3 month dose pack EC	\$0 (Tier 1)	LC (91 cada 90 días)
loryna (28) 3 mg-0.02 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
low-ogestrel (28) 0.3 mg-30 mcg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
lutera (28) 0.1 mg-20 mcg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
lyllana 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr transdermal patch EC	\$0 (Tier 1)	LC (8 cada 28 días)
lyza 0.35 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
marlissa (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
medroxyprogesterone 10 mg, 2.5 mg, 5 mg tab EC	\$0 (Tier 1)	
medroxyprogesterone 150 mg/ml EC	\$0 (Tier 1)	LC (1 cada 90 días)
megestrol 20 mg, 40 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
megestrol 625 mg/5 ml susp; megestrol acet 40 mg/ml susp; megestrol acet 400 mg/10 ml EC	\$0 (Tier 1)	
MENEST 0.3 MG, 0.625 MG, 1.25 MG TABLET EC	\$0 (Tier 2)	
METHITEST 10 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	
microgestin 1.5/30 (21) 1.5 mg-30 mcg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
microgestin 1/20 (21) 1 mg-20 mcg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
microgestin 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet EC	\$0 (Tier 1)	
microgestin fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) tablet EC	\$0 (Tier 1)	
microgestin fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet EC	\$0 (Tier 1)	
mili 0.25 mg-35 mcg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
myzilra-28 tablet EC	\$0 (Tier 1)	
necon 0.5/35 (28) 0.5 mg-35 mcg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
nikki (28) 3 mg-0.02 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
noret-estr-fe 0.4-0.035(21)-75 EC	\$0 (Tier 1)	
norethindrone 0.35 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
norethin-ee 1.5-0.03 mg(21) tb; norethind-eth estrad 1-0.02 mg EC	\$0 (Tier 1)	
norethindrone 5 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
noreth-ee-fe 1.5-0.03mg(21)-75; noreth-estradiol 1-0.02(21)-75 EC	\$0 (Tier 1)	
norg-ee 0.18-0.215-0.25/0.025; norg-ee 0.18-0.215-0.25/0.035;	\$0 (Tier 1)	
norg-ethinodiol 0.25-0.035 mg EC		
norlyda 0.35 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
nortrel 0.5/35 (28) 0.5 mg-35 mcg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
nortrel 1/35 (21) 1 mg-35 mcg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
nortrel 1/35 (28) 1 mg-35 mcg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
nortrel 7/7/7 (28) 0.5 mg/0.75 mg/1 mg-35 mcg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
ogestrel tablet EC	\$0 (Tier 1)	
orsythia 0.1 mg-20 mcg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
OSPHENA 60 MG TABLET EC	\$0 (Tier 2)	AP
oxandrolone 10 mg tablet DL	\$0 (Tier 1)	AP,LC (60 cada 30 días)
oxandrolone 2.5 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	AP,LC (120 cada 30 días)
pimtrea (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet EC	\$0 (Tier 1)	
pirmella 0.5/0.75/1 mg-35 mcg tablet; pirmella 1 mg-35 mcg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
portia 28 0.15 mg-0.03 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
PREMARIN 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG TABLET EC	\$0 (Tier 2)	
PREMARIN 0.625 MG/GRAM VAGINAL CREAM EC	\$0 (Tier 2)	
previfem 0.25 mg-35 mcg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
progesterone 500 mg/10 ml vial EC	\$0 (Tier 1)	
progesterone 100 mg, 200 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	
quasense 0.15-0.03 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (91 cada 90 días)
raloxifene hcl 60 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (30 cada 30 días)
reclipsen (28) 0.15 mg-0.03 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
setlakin 0.15 mg-30 mcg (91) tablets, 3 month dose pack EC	\$0 (Tier 1)	LC (91 cada 90 días)
sharobel 0.35 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
simliya (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet EC	\$0 (Tier 1)	
SLYND 4 MG (28) TABLET EC	\$0 (Tier 2)	
sprintec (28) 0.25 mg-35 mcg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
sronyx 0.1 mg-20 mcg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
syeda 3 mg-0.03 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
tarina 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) tablet EC	\$0 (Tier 1)	
tarina fe 1-20 eq (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet EC	\$0 (Tier 1)	
tarina fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) tablet EC	\$0 (Tier 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
testosterone 1.62% (2.5 g) pkt; testosterone 1.62% gel pump EC	\$0 (Tier 1)	AP,LC (150 cada 30 días)
testosterone 1.62%(1.25 g) pkt EC	\$0 (Tier 1)	AP,LC (37.5 cada 30 días)
testosteron cyp 1,000 mg/10 ml; testosterone cyp 100 mg/ml, 200 mg/ml EC	\$0 (Tier 1)	
testosteron enan 1,000 mg/5 ml EC	\$0 (Tier 1)	LC (24 cada 90 días)
tilia fe 1-20 (5)/1-30(7)/1mg-35mcg(9) tablet EC	\$0 (Tier 1)	
tri femynor (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
tri-legest fe 1-20 (5)/1-30(7)/1mg-35mcg(9) tablet EC	\$0 (Tier 1)	
tri-lo-estarrylla 0.18 mg/0.215 mg/0.25 mg-25 mcg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
tri-lo-mili 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
tri-lo-sprintec 0.18 mg/0.215 mg/0.25 mg-25 mcg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
tri-mili (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
tri-previfem (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
tri-sprintec (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
tri-vylibra (28) 0.18 mg(7)/0.215 mg(7)/0.25 mg(7)-35 mcg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
tri-vylibra lo 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
trivora (28) 50-30 (6)/75-40(5)/125-30(10) tablet EC	\$0 (Tier 1)	
tulana 0.35 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
TYBLUME 0.1 MG-20 MCG TABLET EC	\$0 (Tier 2)	
velivet triphasic regimen (28) 0.1 mg/0.125 mg/0.15 mg-25 mcg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
vienna 0.1 mg-20 mcg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
viorele (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet EC	\$0 (Tier 1)	
volnea (28) 0.15 mg-0.02 mg (21)/0.01 mg (5) tablet EC	\$0 (Tier 1)	
vylibra 0.25 mg-35 mcg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
wera (28) 0.5 mg-35 mcg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
wymzya fe 0.4 mg-35 mcg (21)/75 mg (7) chewable tablet EC	\$0 (Tier 1)	
yuvafem 10 mcg vaginal tablet EC	\$0 (Tier 1)	
zarah 3 mg-0.03 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
zovia 1-35 (28) 1 mg-35 mcg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
zovia 1/35e (28) 1 mg-35 mcg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
zumandimine (28) 3 mg-0.03 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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 HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (TIROIDES) - Medicamentos utilizados para el reemplazo de la hormona tiroidea

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
ARMOUR THYROID 120 MG, 15 MG, 180 MG, 240 MG, 30 MG, 300 MG, 60 MG, 90 MG TABLET EC	\$0 (Tier 2)	
EUTHYROX 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 (Tier 1)	
LEVO-T 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 (Tier 2)	
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 (Tier 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 (Tier 2)	
liothyronine sod 10 mcg/ml vi EC	\$0 (Tier 1)	
liothyronine sod 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg tab EC	\$0 (Tier 1)	
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 (Tier 2)	
THYROLAR-1 12.5 MCG-50 MCG TABLET EC	\$0 (Tier 2)	
THYROLAR-1/2 6.25 MCG-25 MCG TABLET EC	\$0 (Tier 2)	
THYROLAR-1/4 3.1 MCG-12.5 MCG TABLET EC	\$0 (Tier 2)	
THYROLAR-2 25 MCG-100 MCG TABLET EC	\$0 (Tier 2)	
THYROLAR-3 37.5 MCG-150 MCG TABLET EC	\$0 (Tier 2)	
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 (Tier 2)	

AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (SUPRARRENALES) - Medicamentos utilizados para bajar los niveles de hormonas suprarrenales

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
LYSODREN 500 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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 HORMONALES, SUPRESORES (PITUITARIA) – Medicamentos utilizados para tratar altos niveles de hormonas pituitarias y algunos tipos de cáncer

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
<i>cabergoline 0.5 mg tablet EC</i>	\$0 (Tier 1)	LC (16 cada 28 días)
<i>FIRMAGON 120 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION DL</i>	\$0 (Tier 2)	AP
<i>FIRMAGON KIT WITH DILUENT SYRINGE 120 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION DL</i>	\$0 (Tier 2)	AP
<i>FIRMAGON KIT WITH DILUENT SYRINGE 80 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION EC</i>	\$0 (Tier 2)	AP
<i>leuprolide 2wk 14 mg/2.8 ml kt EC</i>	\$0 (Tier 1)	B vs D
<i>LUPRON DEPOT 3.75 MG INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT EC</i>	\$0 (Tier 2)	AP,LC (1 cada 30 días)
<i>LUPRON DEPOT 7.5 MG INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT DL</i>	\$0 (Tier 2)	AP,LC (1 cada 30 días)
<i>LUPRON DEPOT 11.25 MG, 22.5 MG (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT EC</i>	\$0 (Tier 2)	AP,LC (1 cada 90 días)
<i>LUPRON DEPOT 30 MG (4 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT EC</i>	\$0 (Tier 2)	AP,LC (1 cada 112 días)
<i>LUPRON DEPOT (6 MONTH) 45 MG INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT EC</i>	\$0 (Tier 2)	AP,LC (1 cada 168 días)
<i>LUPRON DEPOT-PED 11.25 MG, 15 MG, 7.5 MG (PED) INTRAMUSCULAR KIT DL</i>	\$0 (Tier 2)	AP,LC (1 cada 28 días)
<i>LUPRON DEPOT-PED 11.25 MG, 30 MG (3 MONTH) INTRAMUSCULAR SYRINGE KIT EC</i>	\$0 (Tier 2)	AP,LC (1 cada 90 días)
<i>octreotide 1,000 mcg/ml, 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml vial; octreotide acet 0.05 mg/ml v; octreotide acet 1,000 mcg/ml, 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml v EC</i>	\$0 (Tier 1)	AP
<i>octreotide acet 100 mcg/ml syr; octreotide acet 50 mcg/ml syr; octreotide acet 500 mcg/ml syr EC</i>	\$0 (Tier 1)	AP
<i>SANDOSTATIN LAR DEPOT 10 MG, 20 MG, 30 MG INTRAMUSCULAR SUSP,EXTENDED RELEASE DL</i>	\$0 (Tier 2)	AP
<i>SIGNIFOR 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION DL</i>	\$0 (Tier 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
<i>SOMATULINE DEPOT 120 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE DL</i>	\$0 (Tier 2)	AP,LC (0.5 cada 28 días)
<i>SOMATULINE DEPOT 60 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE DL</i>	\$0 (Tier 2)	AP,LC (0.2 cada 28 días)
<i>SOMATULINE DEPOT 90 MG/0.3 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE DL</i>	\$0 (Tier 2)	AP,LC (0.3 cada 28 días)
<i>SOMAVERT 10 MG, 15 MG, 20 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION DL</i>	\$0 (Tier 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
<i>SOMAVERT 25 MG, 30 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION DL</i>	\$0 (Tier 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
<i>SYNAREL 2 MG/ML NASAL SPRAY DL</i>	\$0 (Tier 2)	
<i>TRELSTAR 11.25 MG, 22.5 MG INTRAMUSCULAR SUSPENSION EC</i>	\$0 (Tier 2)	AP

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
TRELSTAR 3.75 MG INTRAMUSCULAR SUSPENSION DL	\$0 (Tier 2)	AP

AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (TIROIDES) - Medicamentos utilizados para tratar una tiroides hiperactiva

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
<i>methimazole 10 mg, 5 mg tablet EC</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>propylthiouracil 50 mg tablet EC</i>	\$0 (Tier 1)	

AGENTES INMUNOLÓGICOS - Medicamentos utilizados para tratar enfermedades del sistema inmune y vacunas

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
ACTHIB (PF) 10 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	
ACTIMMUNE 100 MCG (2 MILLION UNIT)/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP
ADACEL (TDAP ADOLESN/ADULT)(PF)2 LF-(2.5-5-3-5)-5 LF/0.5 ML IM SYRINGE EC	\$0 (Tier 2)	
ADACEL (TDAP ADOLESN/ADULT)(PF)2LF-(2.5-5-3-5MCG)-5 LF/0.5 ML IM SUSP EC	\$0 (Tier 2)	
ARCALYST 220 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP
<i>azathioprine 50 mg tablet EC</i>	\$0 (Tier 1)	B vs D
BCG VACCINE (TICE STRAIN) VIAL EC	\$0 (Tier 2)	
BENLYSTA 120 MG INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (20 cada 28 días)
BENLYSTA 200 MG/ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (4 cada 28 días)
BENLYSTA 200 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (4 cada 28 días)
BENLYSTA 400 MG INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (6 cada 28 días)
BEXSERO 50 MCG-50 MCG-50 MCG-25 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE EC	\$0 (Tier 2)	
BOOSTRIX TDAP 2.5 LF UNIT-8 MCG-5 LF/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION EC	\$0 (Tier 2)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
BOOSTRIX TDAP 2.5 LF UNIT-8 MCG-5 LF/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE EC	\$0 (Tier 2)	
CELLCEPT 200 MG/ML ORAL SUSPENSION DL	\$0 (Tier 2)	B vs D
CELLCEPT 250 MG CAPSULE DL	\$0 (Tier 2)	B vs D
CELLCEPT 500 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	B vs D
CELLCEPT INTRAVENOUS 500 MG INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	B vs D
cyclosporine 100 mg, 25 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	B vs D
cyclosporine modified 100 mg, 25 mg, 50 mg EC	\$0 (Tier 1)	B vs D
cyclosporine modified 100mg/ml EC	\$0 (Tier 1)	B vs D
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) 15 LF UNIT-10 MCG-5 LF/0.5 ML IM SUSP EC	\$0 (Tier 2)	
ENBREL 25 MG (1 ML), 25 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS POWDER FOR SOLUTION; ENBREL 25 MG (1 ML), 25 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (8 cada 28 días)
ENBREL 25 MG/0.5 ML (0.5 ML) SUBCUTANEOUS SYRINGE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (8.16 cada 28 días)
ENBREL 50 MG/ML (1 ML) SUBCUTANEOUS SYRINGE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (78 cada 365 días)
ENBREL MINI 50 MG/ML (1 ML) SUBCUTANEOUS CARTRIDGE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (8 cada 28 días)
ENBREL SURECLICK 50 MG/ML (1 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (78 cada 365 días)
ENGERIX-B (PF) 20 MCG/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION EC	\$0 (Tier 2)	B vs D
ENGERIX-B (PF) 20 MCG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE EC	\$0 (Tier 2)	B vs D
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) 10 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE EC	\$0 (Tier 2)	B vs D
ENVARSUS XR 0.75 MG, 1 MG, 4 MG TABLET,EXTENDED RELEASE EC	\$0 (Tier 2)	AP
everolimus 0.25 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	B vs D,LC (60 cada 30 días)
everolimus 0.5 mg tablet DL	\$0 (Tier 1)	B vs D,LC (120 cada 30 días)
everolimus 0.75 mg tablet DL	\$0 (Tier 1)	B vs D,LC (60 cada 30 días)
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 DL	\$0 (Tier 2)	AP
GARDASIL 9 (PF) 0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION EC	\$0 (Tier 2)	IC (1.5 cada 365 días)
GARDASIL 9 (PF) 0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE EC	\$0 (Tier 2)	IC (1.5 cada 365 días)
gengraf 100 mg, 25 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	B vs D
gengraf 100 mg/ml oral solution EC	\$0 (Tier 1)	B vs D
HAEGARDA 2,000 UNIT, 3,000 UNIT SUBCUTANEOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (24 cada 28 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
HAVRIX (PF) 1,440 ELISA UNIT/ML, 720 ELISA UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION; HAVRIX 720 UNITS/0.5 ML VIAL EC	\$0 (Tier 2)	
HAVRIX (PF) 1,440 ELISA UNIT/ML, 720 ELISA UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE EC	\$0 (Tier 2)	
HIBERIX (PF) 10 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	
HUMIRA 10 MG/0.2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (2 cada 28 días)
HUMIRA 20 MG/0.4 ML, 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (6 cada 28 días)
HUMIRA PEDI CROHN 40 MG/0.8 ML DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (6 cada 28 días)
HUMIRA PEN 40 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS KIT DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (6 cada 28 días)
HUMIRA PEN CROHN'S-ULC COLITIS-HID SUP STARTER 40 MG/0.8 ML SUBCUT KIT DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (6 cada 28 días)
HUMIRA PEN PSORIASIS-UVEITIS-ADOL HID SUP START 40 MG/0.8 ML SUBCUT KT DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) 10 MG/0.1 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (2 cada 28 días)
HUMIRA(CF) 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE KIT DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEDI CROHN'S START 80 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML SUBCUT SYR KIT; HUMIRA(CF) PEDIATRIC CROHN'S STARTER 80 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML SUBCUT SYRINGE KIT DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML SUBCUTANEOUS KIT DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN CROHN'S-ULC COLITIS-HID SUP STRT 80 MG/0.8 ML SUBCUT KT DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN PS-UV-ADOL HS 80 MG/0.8 ML(1)-40 MG/0.4 ML(2)SUBCUT KIT DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (6 cada 28 días)
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) 2.5 UNIT INTRAMUSCULAR SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	B vs D
INFANRIX (DTAP) (PF) 25 LF UNIT-58 MCG-10 LF/0.5ML INTRAMUSCULAR SUSP EC	\$0 (Tier 2)	
INFANRIX (DTAP)(PF) 25 LF UNIT-58MCG-10 LF/0.5ML INTRAMUSCULAR SYRINGE EC	\$0 (Tier 2)	
IPOP 40 UNIT-8 UNIT-32 UNIT/0.5 ML SUSPENSION FOR INJECTION EC	\$0 (Tier 2)	
IXIARO (PF) 6 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE EC	\$0 (Tier 2)	
KEVZARA 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (2.28 cada 28 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
KEVZARA 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (2.28 cada 28 días)
KINRIX (PF) 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION EC	\$0 (Tier 2)	
KINRIX (PF) 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE EC	\$0 (Tier 2)	
<i>leflunomide 10 mg, 20 mg tablet</i> EC	\$0 (Tier 1)	LC (30 cada 30 días)
M-M-R II (PF) 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML SUBCUTANEOUS SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	
MENACTRA (PF) 4 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	
MENQUADFI (PF) 10 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 10 MCG-5 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR KIT EC	\$0 (Tier 2)	
<i>methotrexate 2.5 mg tablet</i> EC	\$0 (Tier 1)	B vs D
<i>methotrexate 50 mg/2 ml vial</i> EC	\$0 (Tier 1)	
<i>methotrexate 1 gm vial; methotrexate 50 mg/2 ml vial</i> EC	\$0 (Tier 1)	
MONJUVI 200 MG INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP
mycophenolate 200 mg/ml susp EC	\$0 (Tier 1)	B vs D
mycophenolate 250 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	B vs D
mycophenolate 500 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	B vs D
mycophenolate 500 mg vial EC	\$0 (Tier 1)	B vs D
mycophenolic acid dr 180 mg, 360 mg tb EC	\$0 (Tier 1)	B vs D
MYFORTIC 180 MG TABLET,DELAYED RELEASE EC	\$0 (Tier 2)	B vs D
MYFORTIC 360 MG TABLET,DELAYED RELEASE DL	\$0 (Tier 2)	B vs D
PEDIARIX (PF) 10 MCG-25 LF-25 MCG-10 LF/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE EC	\$0 (Tier 2)	
PEDVAX HIB (PF) 7.5 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	
PENTACEL (PF) 15 LF UNIT-20 MCG-5 LF /0.5 ML INTRAMUSCULAR KIT; PENTACEL (PF) 15 LF-48 MCG-62 DU-10 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR KIT EC	\$0 (Tier 2)	
PROGRAF 0.2 MG, 1 MG ORAL GRANULES IN PACKET EC	\$0 (Tier 2)	B vs D
PROQUAD (PF) 10EXP3-4.3-3-3.99TCID50/0.5ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION EC	\$0 (Tier 2)	
QUADRACEL (PF) 15 LF-48 MCG-5 LF UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION EC	\$0 (Tier 2)	
RABAVERT (PF) 2.5 UNIT INTRAMUSCULAR SUSPENSION EC	\$0 (Tier 2)	B vs D

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION EC	\$0 (Tier 2)	B vs D
RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE EC	\$0 (Tier 2)	B vs D
RIDAURA 3 MG CAPSULE DL	\$0 (Tier 2)	
RINVOQ 15 MG TABLET,EXTENDED RELEASE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
ROTARIX 10EXP6 CCID50/ML SUSPENSION EC	\$0 (Tier 2)	
ROTATEQ VACCINE 2 ML ORAL SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	
RUCONEST 2,100 UNIT INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (8 cada 28 días)
SANDIMMUNE 100 MG/ML ORAL SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	B vs D
SHINGRIX (PF) 50 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION, KIT EC	\$0 (Tier 2)	LC (2 cada 365 días)
SIMULECT 10 MG, 20 MG INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	B vs D
sirolimus 0.5 mg, 1 mg, 2 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	B vs D
sirolimus 1 mg/ml solution EC	\$0 (Tier 1)	B vs D
SYLVANT 100 MG, 400 MG INTRAVENOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP
tacrolimus 0.5 mg, 1 mg, 5 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	B vs D
TDVAX 2 LF UNIT-2 LF UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION EC	\$0 (Tier 1)	
TENIVAC (PF) 5 LF UNIT-2 LF UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION EC	\$0 (Tier 2)	
TENIVAC (PF) 5 LF UNIT-2 LF UNIT/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE EC	\$0 (Tier 2)	
DIPHTHERIA-TETANUS TOXOIDS-PED EC	\$0 (Tier 1)	
TREXALL 10 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG TABLET EC	\$0 (Tier 2)	B vs D
TRUMENBA 120 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE EC	\$0 (Tier 2)	
TWINRIX (PF) 720 ELISA UNIT-20 MCG/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE EC	\$0 (Tier 2)	
TYPHIM VI 25 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	
TYPHIM VI 25 MCG/0.5 ML INTRAMUSCULAR SYRINGE EC	\$0 (Tier 2)	
VAQTA (PF) 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML INTRAMUSCULAR SUSPENSION EC	\$0 (Tier 2)	
VAQTA (PF) 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML INTRAMUSCULAR SYRINGE EC	\$0 (Tier 2)	
VARIVAX (PF) 1,350 UNIT/0.5 ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION EC	\$0 (Tier 2)	
VARIZIG 125 UNIT/1.2 ML INTRAMUSCULAR SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (12 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
WINRHO SDF 1,500 UNIT (300 MCG)/1.3 ML, 15000 UNIT(3000 MCG)/13 ML, 2,500 UNIT (500 MCG)/2.2 ML, 5,000 UNIT(1000 MCG)/4.4 ML INJECTION SOLUTION; WINRHO SDF 15,000 UNIT (3,000 MCG)/13 ML INJECTION SOLUTION; WINRHO SDF 5,000 UNIT (1,000 MCG)/4.4 ML INJECTION SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	B vs D
XATMEP 2.5 MG/ML ORAL SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	AP
XELJANZ 10 MG, 5 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
XOLAIR 150 MG SUBCUTANEOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (6 cada 28 días)
XOLAIR 150 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (6 cada 28 días)
XOLAIR 75 MG/0.5 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (3 cada 28 días)
YF-VAX (PF) 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION EC	\$0 (Tier 2)	
ZORTRESS 0.25 MG, 0.75 MG, 1 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	B vs D,LC (60 cada 30 días)
ZORTRESS 0.5 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	B vs D,LC (120 cada 30 días)
ZOSTAVAX (PF) 19,400 UNIT/0.65 ML SUBCUTANEOUS SUSPENSION EC	\$0 (Tier 2)	LC (1 cada 365 días)

AGENTES PARA LA ENFERMEDAD INTESTINAL INFLAMATORIA - Medicamentos utilizados para tratar la inflamación estomacal e intestinal

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
balsalazide disodium 750 mg cp EC	\$0 (Tier 1)	
budesonide ec 3 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	
colocort 100 mg/60 ml enema EC	\$0 (Tier 1)	
hydrocortisone 100 mg/60 ml EC	\$0 (Tier 1)	
mesalamine 4 gm/60 ml enema EC	\$0 (Tier 1)	LC (1800 cada 30 días)
mesalamine dr 1.2 gm tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (120 cada 30 días)
sulfasalazine 500 mg tablet; sulfasalazine dr 500 mg tab EC	\$0 (Tier 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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 PARA ENFERMEDAD ÓSEA METABÓLICA - Medicamentos utilizados para tratar el debilitamiento de los huesos

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
alendronate sodium 10 mg, 40 mg, 5 mg tab; alendronate sodium 10 mg, 40 mg, 5 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (30 cada 30 días)
alendronate sodium 35 mg, 70 mg tab EC	\$0 (Tier 1)	LC (4 cada 28 días)
BINOSTO 70 MG EFFERVESCENT TABLET EC	\$0 (Tier 2)	LC (4 cada 28 días)
calcitonin-salmon 200 units sp EC	\$0 (Tier 1)	LC (3.7 cada 28 días)
calcitriol 0.25 mcg, 0.5 mcg capsule EC	\$0 (Tier 1)	
calcitriol 1 mcg/ml ampul; calcitriol 1 mcg/ml solution EC	\$0 (Tier 1)	
cinacalcet hcl 30 mg, 60 mg tablet DL	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)
cinacalcet hcl 90 mg tablet DL	\$0 (Tier 1)	LC (120 cada 30 días)
doxercalciferol 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg cap; doxercalciferol 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg capsule EC	\$0 (Tier 1)	
doxercalciferol 4 mcg/2 ml vial EC	\$0 (Tier 1)	
FORTEO 20 MCG/DOSE (600 MCG/2.4 ML) SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR EC	\$0 (Tier 2)	AP,LC (2.4 cada 28 días)
HECTOROL 2 MCG/ML INTRAVENOUS SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	
NATPARA 100 MCG/DOSE, 25 MCG/DOSE, 50 MCG/DOSE, 75 MCG/DOSE SUBCUTANEOUS CARTRIDGE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (2 cada 28 días)
pamidronate 30 mg/10 ml vial EC	\$0 (Tier 1)	B vs D,LC (30 cada 21 días)
pamidronate 60 mg/10 ml vial; pamidronate 90 mg/10 ml vial EC	\$0 (Tier 1)	B vs D,LC (10 cada 21 días)
paricalcitol 1 mcg, 2 mcg capsule EC	\$0 (Tier 1)	LC (30 cada 30 días)
paricalcitol 10 mcg/2 ml vial; paricalcitol 5 mcg/ml vial EC	\$0 (Tier 1)	LC (48 cada 28 días)
paricalcitol 2 mcg/ml vial EC	\$0 (Tier 1)	LC (24 cada 30 días)
paricalcitol 4 mcg capsule EC	\$0 (Tier 1)	LC (12 cada 30 días)
PROLIA 60 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE EC	\$0 (Tier 2)	B vs D,LC (1 cada 180 días)
RAYALDEE 30 MCG CAPSULE, EXTENDED RELEASE DL	\$0 (Tier 2)	LC (60 cada 30 días)
risedronate sod dr 35 mg tab EC	\$0 (Tier 1)	LC (4 cada 28 días)
SENSIPAR 30 MG, 60 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
SENSIPAR 90 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
XGEVA 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML) SUBCUTANEOUS SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (1.7 cada 28 días)
zoledronic acid 4 mg vial EC	\$0 (Tier 1)	B vs D
zoledronic acid 4 mg/5 ml vial EC	\$0 (Tier 1)	B vs D,LC (15 cada 21 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
zoledronic acid 5 mg/100 ml EC	\$0 (Tier 1)	AP,LC (100 cada 365 días)

AGENTES TERAPÉUTICOS VARIOS - Otros medicamentos que no encajan en otra categoría

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
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 (Tier 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 (Tier 1)	
ABOUTTIME PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" EC	\$0 (Tier 1)	
acetylcysteine 6 gram/30 ml v/ EC	\$0 (Tier 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 (Tier 1)	
ADVOCATE SYRINGES 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 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; 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 30 GAUGE X 5/16", 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" EC	\$0 (Tier 1)	
AIMOVIG AUTOINJECTOR 140 MG/ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR EC	\$0 (Tier 2)	AP,LC (1 cada 30 días)
AIMOVIG AUTOINJECTOR 70 MG/ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR EC	\$0 (Tier 2)	AP,LC (2 cada 30 días)
AIMOVIG 140 MG DOSE-2 AUTOINJ EC	\$0 (Tier 2)	AP,LC (2 cada 30 días)
ALCOHOL PADS EC	\$0 (Tier 1)	
ALCOHOL PREP PADS EC	\$0 (Tier 1)	
ALCOHOL SWAB EC	\$0 (Tier 1)	
ALCOHOL WIPES EC	\$0 (Tier 1)	
ASSURE ID DUO-SHIELD 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16" NEEDLE EC	\$0 (Tier 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
ASSURE ID INSULIN SAFETY 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE EC	\$0 (Tier 1)	
ASSURE ID PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 3/16" EC	\$0 (Tier 1)	
AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE SUBCUTANEOUS INSULIN PEN EC	\$0 (Tier 1)	
AUTOPEN 1 TO 21 UNITS SUBCUTANEOUS EC	\$0 (Tier 1)	
AUTOPEN 2 TO 42 UNITS SUBCUTANEOUS EC	\$0 (Tier 1)	
BAND-AID GAUZE PADS 2" X 2" BANDAGE EC	\$0 (Tier 1)	
BD ALCOHOL SWABS EC	\$0 (Tier 1)	
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" EC	\$0 (Tier 1)	
BD ECLIPSE LUER-LOK 1 ML 30 GAUGE X 1/2" SYRINGE EC	\$0 (Tier 1)	
BD INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 25 GAUGE X 5/8", 1 ML 25 X 1", 1 ML 26 X 1/2", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2" EC	\$0 (Tier 1)	
BD INSULIN SYRINGE HALF UNIT ULTRA-FINE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" EC	\$0 (Tier 1)	
BD INSULIN SYRINGE MICRO-FINE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" EC	\$0 (Tier 1)	
BD INSULIN SYRINGE SAFETY-LOK 1 ML 29 GAUGE X 1/2" EC	\$0 (Tier 1)	
BD INSULIN SYRINGE SLIP TIP 1 ML EC	\$0 (Tier 1)	
BD INSULIN SYRINGE U-500 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" EC	\$0 (Tier 1)	
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 5/16; BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" EC	\$0 (Tier 1)	
BD LO-DOSE MICRO-FINE IV 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE EC	\$0 (Tier 1)	
BD LO-DOSE ULTRA-FINE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE EC	\$0 (Tier 1)	
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" EC	\$0 (Tier 1)	
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64" EC	\$0 (Tier 1)	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 5/8" EC	\$0 (Tier 1)	
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" EC	\$0 (Tier 1)	
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" EC	\$0 (Tier 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" EC	\$0 (Tier 1)	
BD ULTRA-FINE ORIGINAL PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" EC	\$0 (Tier 1)	
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" EC	\$0 (Tier 1)	
BD VEO INSULIN SYRINGE HALF UNIT ULTRA-FINE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" EC	\$0 (Tier 1)	
BD VEO INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" EC	\$0 (Tier 1)	
BORDERED GAUZE 2" X 2" BANDAGE EC	\$0 (Tier 1)	
CABLIVI 11 MG INJECTION KIT DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
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 (Tier 1)	
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD TOPICAL PADS EC	\$0 (Tier 1)	
CARETOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 28 X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 5/16, 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16; CARETOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 28 X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 5/16, 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16"; CARETOUCH INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 5/16" EC	\$0 (Tier 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 (Tier 1)	
CLICKFINE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" EC	\$0 (Tier 1)	
COMFORT EZ 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 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 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 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"; COMFORT EZ 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 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 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 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" EC	\$0 (Tier 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 (Tier 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
CURITY ALCOHOL SWABS EC	\$0 (Tier 1)	
CURITY GAUZE 2" X 2" BANDAGE EC	\$0 (Tier 1)	
DERMACEA 2" X 2" BANDAGE EC	\$0 (Tier 1)	
DOJOLVI 8.3 KCAL/ML ORAL LIQUID DL	\$0 (Tier 2)	AP
DROPLET INSULIN SYRINGE HALF UNIT 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5ML 30 GAUGE X 15/64"; DROPLET INSULIN SYRINGE HALF UNIT 0.5 ML 30 GAUGE X 15/64" EC	\$0 (Tier 1)	
DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 15/64", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16; DROPLET INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 15/64", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" EC	\$0 (Tier 1)	
DROPLET MICRON PEN NEEDLE 34 GAUGE X 9/64" EC	\$0 (Tier 1)	
DROPLET PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 29 GAUGE X 3/8", 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 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" EC	\$0 (Tier 1)	
DROPSAFE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16" EC	\$0 (Tier 1)	
EASY COMFORT ALCOHOL PAD TOPICAL PADS EC	\$0 (Tier 1)	
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 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 ML 32 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16"; EASY COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 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 ML 32 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16" EC	\$0 (Tier 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", 33 GAUGE X 1/4", 33 GAUGE X 3/16", 33 GAUGE X 5/32" EC	\$0 (Tier 1)	
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" EC	\$0 (Tier 1)	
EASY GLIDE PEN NEEDLE 33 GAUGE X 5/32" EC	\$0 (Tier 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
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 (Tier 1)	
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS EC	\$0 (Tier 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 (Tier 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 (Tier 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 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 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"; 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 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 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" EC	\$0 (Tier 1)	
EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN 1 ML SYRINGE EC	\$0 (Tier 1)	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" EC	\$0 (Tier 1)	
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE 29 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 3/16" EC	\$0 (Tier 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 (Tier 1)	
EASY TOUCH UNI-SLIP 1 ML SYRINGE EC	\$0 (Tier 1)	
EMGALITY PEN 120 MG/ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR EC	\$0 (Tier 2)	AP,LC (2 cada 30 días)
EMGALITY 120 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE EC	\$0 (Tier 2)	AP,LC (2 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
EXEL INSULIN 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE; EXEL INSULIN 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"" SYRINGE EC	\$0 (Tier 1)	
FREESTYLE PRECISION 0.5 ML 30 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 SYRINGE; FREESTYLE PRECISION 0.5 ML 30 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" SYRINGE EC	\$0 (Tier 1)	
GAUZE PADS 2"X2" EC	\$0 (Tier 1)	
GAUZE PAD 2" X2" BANDAGE EC	\$0 (Tier 1)	
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 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; HEALTHWISE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 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" EC	\$0 (Tier 1)	
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" EC	\$0 (Tier 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 (Tier 1)	
INCONTROL ALCOHOL PADS EC	\$0 (Tier 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 (Tier 1)	
INSULIN SYR 0.3ML 31GX1/4(1/2) EC	\$0 (Tier 1)	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2" EC	\$0 (Tier 1)	
INSULIN SYRINGE MICROFINE 1 ML 27 GAUGE X 5/8", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" EC	\$0 (Tier 1)	
BD LUER-LOK SYRINGE 1 ML EC	\$0 (Tier 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
BD INSULIN SYR 1 ML 28GX1/2"; INSULIN 1 ML SYRINGE; INSULIN 1/2 ML SYRINGE; INSULIN 3/10 ML SYRINGE; INSULIN SYRIN 0.3 ML 30GX1/2"; INSULIN SYRIN 0.3 ML 31GX5/16"; INSULIN SYRIN 0.5 ML 30GX1/2"; INSULIN SYRING 0.5 ML 27GX1/2"; INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31GX1/4; INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31GX1/4; INSULIN SYRINGE 1 ML 27GX1/2"; INSULIN SYRINGE 1 ML 30GX1/2"; INSULIN SYRINGE 1 ML 31GX1/4"; INSULIN SYRINGE 1 ML 31GX5/16"; KMAR 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 31GX6MM; RELION INS SYR 0.5 ML 31GX6MM; RELION INS SYR 1 ML 31GX15/64"; TERUMO INS SYRINGE U100-1 ML; ULTICARE INS SYR 1 ML 29GX1/2"; ULTICARE SAFETY 0.5 ML 29GX1/2; ULTICARE SYR 0.3 ML 30GX5/16"; ULTICARE SYR 0.5 ML 30GX5/16"; ULTICARE SYR 0.5 ML 31GX5/16"; ULTICARE SYR 1 ML 30GX5/16"; ULTICARE SYRIN 0.3 ML 29GX1/2"; ULTICARE SYRIN 0.5 ML 28GX1/2" EC	\$0 (Tier 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 (Tier 1)	
IV PREP WIPES MEDICATED EC	\$0 (Tier 1)	
KORLYM 300 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
<i>lactated ringers irrigation</i> EC	\$0 (Tier 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 (Tier 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 30 GAUGE X 5/16", 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; 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 30 GAUGE X 5/16", 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"; LITE TOUCH INSULIN SYRINGE 1/2 ML 29 EC	\$0 (Tier 1)	
LITHOSTAT 250 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	
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 (Tier 1)	
MAGELLAN SYRINGE 0.3 ML 30 X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" EC	\$0 (Tier 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" EC	\$0 (Tier 1)	
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" EC	\$0 (Tier 1)	
MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2" EC	\$0 (Tier 1)	
MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE 29 GAUGE X 3/16", 29 GAUGE X 5/16" EC	\$0 (Tier 1)	
<i>methergine 0.2 mg tablet DL</i>	\$0 (Tier 1)	
<i>methylergonovine 0.2 mg tablet EC</i>	\$0 (Tier 1)	
MICRODOT INSULIN PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" EC	\$0 (Tier 1)	
MINI ULTRA-THIN II 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE EC	\$0 (Tier 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", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" EC	\$0 (Tier 1)	
MONOJECT INSULIN 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", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 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"; 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 30 GAUGE X 5/16", 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""; MONOJECT INSULIN SYRINGE 1 ML EC	\$0 (Tier 1)	
MONOJECT SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE EC	\$0 (Tier 1)	
MONOJECT ULTRA COMFORT INSULIN 1/2 ML 28 GAUGE SYRINGE EC	\$0 (Tier 1)	
NOVOFINE 32 32 GAUGE X 1/4" NEEDLE EC	\$0 (Tier 1)	
NOVOFINE AUTOCOVER 30 GAUGE X 1/3" NEEDLE EC	\$0 (Tier 1)	
NOVOFINE PLUS 32 GAUGE X 1/6" NEEDLE EC	\$0 (Tier 1)	
NOVOPEN ECHO SUBCUTANEOUS EC	\$0 (Tier 1)	
NOVOTWIST 32 GAUGE X 1/5" NEEDLE EC	\$0 (Tier 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 (Tier 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
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"; KRO PEN NEEDLE 4MM X 33G; PEN NEEDLE 12MM 29G; PEN NEEDLE 30G X 8MM; PEN NEEDLE 32G X 3/16"; PEN NEEDLE 32G X 5/32"; PEN NEEDLE 8MM 31G; PEN NEEDLES 6MM 31G EC	\$0 (Tier 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 (Tier 1)	
PHYSIOLYTE 140 MEQ-5 MEQ-3 MEQ-98 MEQ/L IRRIGATION SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	
PHYSIOSOL IRRIGATION 140 MEQ-5 MEQ-3 MEQ-98 MEQ/L SOLUTION EC	\$0 (Tier 2)	
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16" EC	\$0 (Tier 1)	
PRO COMFORT ALCOHOL PADS EC	\$0 (Tier 1)	
PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 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; PRO COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 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" EC	\$0 (Tier 1)	
PRO COMFORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" EC	\$0 (Tier 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" EC	\$0 (Tier 1)	
PURE COMFORT ALCOHOL PADS EC	\$0 (Tier 1)	
PURE COMFORT PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" EC	\$0 (Tier 1)	
RELION NEEDLES 31 GAUGE X 1/4" EC	\$0 (Tier 1)	
RELION PEN NEEDLES 32 GAUGE X 5/32" EC	\$0 (Tier 1)	
<i>ringers irrigation solution</i> EC	\$0 (Tier 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 (Tier 1)	
SAFETY PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" EC	\$0 (Tier 1)	
sodium chloride 0.9% irrig. EC	\$0 (Tier 1)	
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS EC	\$0 (Tier 1)	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE U-100 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" EC	\$0 (Tier 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
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 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 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 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 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 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 31 GAUGE X 1/4"" EC	\$0 (Tier 1)	
SURE COMFORT PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" EC	\$0 (Tier 1)	
SURE-FINE PEN NEEDLES 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" EC	\$0 (Tier 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 30 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 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"; 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 30 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 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"" EC	\$0 (Tier 1)	
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS EC	\$0 (Tier 1)	
TECHLITE INSULIN SYRINGE HALF UNIT 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 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16" EC	\$0 (Tier 1)	
TECHLITE 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 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16; TECHLITE 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 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" EC	\$0 (Tier 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 (Tier 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
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 (Tier 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 (Tier 1)	
TOPCARE CLICKFINE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE EC	\$0 (Tier 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 30 GAUGE X 5/16", 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 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 30 GAUGE X 5/16", 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" SYRINGE EC	\$0 (Tier 1)	
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS EC	\$0 (Tier 1)	
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16; TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" EC	\$0 (Tier 1)	
TRUE COMFORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" EC	\$0 (Tier 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 30 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 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" 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 30 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 5/16, 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2"" SYRINGE EC	\$0 (Tier 1)	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" EC	\$0 (Tier 1)	
ULTICARE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 SYRINGE; ULTICARE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" EC	\$0 (Tier 1)	
ULTICARE INSULIN SYRINGE HALF UNIT 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" EC	\$0 (Tier 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
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 (Tier 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 1/4", 32 GAUGE X 5/32" EC	\$0 (Tier 1)	
ULTIGUARD SAFE PACK 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE EC	\$0 (Tier 1)	
ULTILET ALCOHOL SWAB EC	\$0 (Tier 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 30 GAUGE X 5/16", 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; 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 30 GAUGE X 5/16", 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"; ULTILET INSULIN SYRINGE 1/2 ML 29 EC	\$0 (Tier 1)	
ULTILET PEN NEEDLE 29 GAUGE, 32 GAUGE X 5/32" EC	\$0 (Tier 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 (Tier 1)	
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 30 GAUGE X 5/16", 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; 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 30 GAUGE X 5/16", 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"; ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE 1/2 ML 29 EC	\$0 (Tier 1)	
ULTRA FLO INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2" EC	\$0 (Tier 1)	
ULTRA FLO PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16" EC	\$0 (Tier 1)	
ULTRA THIN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" EC	\$0 (Tier 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
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 30 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; 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 30 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" EC	\$0 (Tier 1)	
ULTRA-THIN II (SHORT) PEN NDL 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE EC	\$0 (Tier 1)	
ULTRA-THIN II INSULIN PEN NEEDLES 29 GAUGE X 1/2" EC	\$0 (Tier 1)	
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2" EC	\$0 (Tier 1)	
ULTRACARE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 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; ULTRACARE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 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" EC	\$0 (Tier 1)	
ULTRACARE PEN NEEDLE 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", 33 GAUGE X 5/32" EC	\$0 (Tier 1)	
UNIFINE PENTIPS 29 GAUGE, 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", 33 GAUGE X 5/32" NEEDLE EC	\$0 (Tier 1)	
UNIFINE PENTIPS MAXFLOW 30 GAUGE X 3/16" NEEDLE EC	\$0 (Tier 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", 33 GAUGE X 5/32" NEEDLE EC	\$0 (Tier 1)	
UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW 30 GAUGE X 3/16" NEEDLE EC	\$0 (Tier 1)	
UNIFINE SAFECONTROL 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16" NEEDLE EC	\$0 (Tier 1)	
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 3/16" EC	\$0 (Tier 1)	
VANISHPOINT SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2" EC	\$0 (Tier 1)	
VERIFINE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" EC	\$0 (Tier 1)	
VISTOGARD 10 GRAM ORAL GRANULES IN PACKET DL sterile water for irrigation EC	\$0 (Tier 2) \$0 (Tier 1)	LC (20 cada 365 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
WEBCOL TOPICAL PADS EC	\$0 (Tier 1)	

AGENTES OFTÁLMICOS - Medicamentos utilizados para tratar enfermedades que involucren el ojo

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
ak-poly-bac 500 unit-10,000 unit/gram eye ointment EC	\$0 (Tier 1)	
ALCAINE 0.5 % EYE DROPS EC	\$0 (Tier 1)	
ALPHAGAN P 0.1 % EYE DROPS EC	\$0 (Tier 2)	
apraclonidine hcl 0.5% drops EC	\$0 (Tier 1)	
atropine 1% eye drops EC	\$0 (Tier 1)	
azelastine hcl 0.05% drops EC	\$0 (Tier 1)	
bacitracin-polymyxin eye oint EC	\$0 (Tier 1)	
betaxolol hcl 0.5% eye drop EC	\$0 (Tier 1)	
brimonidine 0.2% eye drop; brimonidine tartrate 0.15% drp EC	\$0 (Tier 1)	
carteolol hcl 1% eye drops EC	\$0 (Tier 1)	
COMBIGAN 0.2 %-0.5 % EYE DROPS EC	\$0 (Tier 2)	LC (5 cada 25 días)
cromolyn 4% eye drops EC	\$0 (Tier 1)	
CYSTARAN 0.44 % EYE DROPS DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (60 cada 28 días)
dexamethasone 0.1% eye drop EC	\$0 (Tier 1)	
diclofenac 0.1% eye drops EC	\$0 (Tier 1)	
dorzolamide hcl 2% eye drops EC	\$0 (Tier 1)	LC (10 cada 30 días)
dorzolamide-timolol eye drops EC	\$0 (Tier 1)	LC (10 cada 30 días)
DUREZOL 0.05 % EYE DROPS EC	\$0 (Tier 2)	
fluorometholone 0.1% drops EC	\$0 (Tier 1)	
flurbiprofen 0.03% eye drop EC	\$0 (Tier 1)	
ILEVRO 0.3 % EYE DROPS,SUSPENSION EC	\$0 (Tier 2)	LC (3 cada 30 días)
ketorolac 0.4% ophth solution; ketorolac 0.5% ophth solution EC	\$0 (Tier 1)	
latanoprost 0.005% eye drops EC	\$0 (Tier 1)	LC (5 cada 25 días)
levobunolol 0.5% eye drops EC	\$0 (Tier 1)	
LUMIGAN 0.01 % EYE DROPS EC	\$0 (Tier 2)	LC (2.5 cada 25 días)
metipranolol 0.3% eye drops EC	\$0 (Tier 1)	
neo-polycin 3.5 mg-400 unit-10,000 unit/g eye ointment EC	\$0 (Tier 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
neo-polycin hc 3.5 mg-400-10,000 unit/g-1 % eye ointment EC	\$0 (Tier 1)	
neo-bacit-poly-hc eye ointment EC	\$0 (Tier 1)	
neomyc-bacit-polymix eye oint EC	\$0 (Tier 1)	
neomyc-polym-dexamet eye ointm EC	\$0 (Tier 1)	
neomyc-polym-dexameth eye drop EC	\$0 (Tier 1)	
neomyc-polym-gramicid eye drop EC	\$0 (Tier 1)	
neomycin-poly-hc eye drops EC	\$0 (Tier 1)	
clopataidine hcl 0.2% eye drop EC	\$0 (Tier 1)	
PAZEO 0.7% EYE DROPS EC	\$0 (Tier 2)	LC (2.5 cada 25 días)
PHOSPHOLINE IODIDE 0.125 % EYE DROPS EC	\$0 (Tier 2)	
pilocarpine 1% eye drops; pilocarpine 2% eye drops; pilocarpine 4% eye drops EC	\$0 (Tier 1)	
polycin 500 unit-10,000 unit/gram eye ointment EC	\$0 (Tier 1)	
polymyxin b-tmp eye drops EC	\$0 (Tier 1)	
PRED-G 0.3 %-1 % EYE DROPS,SUSPENSION EC	\$0 (Tier 2)	
PRED-G S.O.P. 0.3 %-0.6 % EYE OINTMENT EC	\$0 (Tier 2)	
prednisolone ac 1% eye drop EC	\$0 (Tier 1)	
prednisolone sod 1% eye drop EC	\$0 (Tier 1)	
proparacaine 0.5% eye drops EC	\$0 (Tier 1)	
RESTASIS 0.05 % EYE DROPS IN A DROPPERETTE EC	\$0 (Tier 2)	LC (60 cada 30 días)
RESTASIS MULTIDOSE 0.05 % EYE DROPS EC	\$0 (Tier 2)	LC (5.5 cada 25 días)
RHOPRESSA 0.02 % EYE DROPS EC	\$0 (Tier 2)	TP,LC (2.5 cada 25 días)
ROCKLATAN 0.02 %-0.005 % EYE DROPS EC	\$0 (Tier 2)	TP,LC (2.5 cada 25 días)
sulf-pred 10-0.23% eye drops EC	\$0 (Tier 1)	
timolol 0.25% gfs gel-solution; timolol 0.5% gfs gel-solution EC	\$0 (Tier 1)	
timolol maleate 0.25% eye drop; timolol maleate 0.5% eye drops EC	\$0 (Tier 1)	
timolol maleate 0.5% eye drop EC	\$0 (Tier 1)	
tobramycin-dexameth ophth susp EC	\$0 (Tier 1)	
TRAVATAN Z 0.004 % EYE DROPS EC	\$0 (Tier 2)	LC (2.5 cada 25 días)
travoprost 0.004% eye drop EC	\$0 (Tier 1)	LC (2.5 cada 25 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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 ÓTICOS - Medicamentos utilizados para tratar las enfermedades que involucran el oído

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
hydrocortison-acetic acid soln EC	\$0 (Tier 1)	
neomycin-polymyxin-hc ear soln EC	\$0 (Tier 1)	
neomycin-polymyxin-hc ear susp EC	\$0 (Tier 1)	

AGENTES PULMONARES/PARA LAS VÍAS RESPIRATORIAS - Medicamentos utilizados para tratar problemas pulmonares, como asma y EPOC

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
acetylcysteine 10% vial; acetylcysteine 20% vial EC	\$0 (Tier 1)	B vs D
ADEMPAS 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG TABLET DL	\$0 (Tier 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 (Tier 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 (Tier 2)	LC (12 cada 30 días)
albuterol 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg /3 ml (0.083 %), 2.5 mg/0.5 ml, 5 mg/ml sol; albuterol 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg /3 ml (0.083 %), 2.5 mg/0.5 ml, 5 mg/ml solution; albuterol sul 0.63 mg/3 ml, 1.25 mg/3 ml, 2.5 mg /3 ml (0.083 %), 2.5 mg/0.5 ml, 5 mg/ml sol; albuterol sul 2.5 mg/3 ml soln EC	\$0 (Tier 1)	B vs D
albuterol hfa 90 mcg inhaler EC	\$0 (Tier 1)	LC (36 cada 30 días)
albuterol sulf 2 mg/5 ml syrup EC	\$0 (Tier 1)	
albuterol sulfate 2 mg tab EC	\$0 (Tier 1)	LC (120 cada 30 días)
albuterol sulfate 4 mg tab EC	\$0 (Tier 1)	
alyq 20 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	AP,LC (60 cada 30 días)
ambrisentan 10 mg, 5 mg tablet DL	\$0 (Tier 1)	AP,LC (30 cada 30 días)
aminophylline 250 mg/10 ml, 500 mg/20 ml vl EC	\$0 (Tier 1)	
ANORO ELLIPTA 62.5 MCG-25 MCG/ACTUATION POWDER FOR INHALATION EC	\$0 (Tier 2)	LC (60 cada 30 días)
ARNUITY ELLIPTA 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION POWDER FOR INHALATION EC	\$0 (Tier 2)	LC (30 cada 30 días)
azelastine 0.1% (137 mcg) spry EC	\$0 (Tier 1)	LC (30 cada 25 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
bosentan 125 mg, 62.5 mg tablet DL	\$0 (Tier 1)	AP,LC (60 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 (Tier 2)	LC (60 cada 30 días)
BREZTRI AEROSPHERE 160 MCG-9MCG-4.8MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER EC	\$0 (Tier 2)	LC (10.7 cada 30 días)
BROVANA 15 MCG/2 ML SOLUTION FOR NEBULIZATION EC	\$0 (Tier 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
budesonide 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml susp EC	\$0 (Tier 1)	B vs D
CAYSTON 75 MG/ML SOLUTION FOR NEBULIZATION DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (84 cada 28 días)
COMBIVENT RESPIMAT 20 MCG-100 MCG/ACTUATION SOLUTION FOR INHALATION EC	\$0 (Tier 2)	LC (4 cada 20 días)
cromolyn 100 mg/5 ml oral conc EC	\$0 (Tier 1)	
cromolyn 20 mg/2 ml neb soln DL	\$0 (Tier 1)	B vs D
cyproheptadine 2 mg/5 ml syrup EC	\$0 (Tier 1)	
cyproheptadine 4 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
DALIRESP 250 MCG TABLET EC	\$0 (Tier 2)	LC (28 cada 365 días)
DALIRESP 500 MCG TABLET EC	\$0 (Tier 2)	LC (30 cada 30 días)
diphenhydramine 50 mg/ml vial EC	\$0 (Tier 1)	
DUPIXENT 300 MG/2 ML SUBCUTANEOUS PEN INJECTOR DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (56 cada 365 días)
DUPIXENT 200 MG/1.14 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (31.92 cada 365 días)
DUPIXENT 300 MG/2 ML SUBCUTANEOUS SYRINGE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (56 cada 365 días)
epinephrine 0.15 mg auto-inject; epinephrine 0.3 mg auto-inject EC	\$0 (Tier 1)	LC (4 cada 30 días)
ESBRIET 267 MG CAPSULE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (270 cada 30 días)
ESBRIET 267 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (270 cada 30 días)
ESBRIET 801 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (90 cada 30 días)
FASENRA PEN 30 MG/ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (1 cada 28 días)
FLOVENT DISKUS 100 MCG/ACTUATION, 250 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION POWDER FOR INHALATION EC	\$0 (Tier 2)	LC (60 cada 30 días)
FLOVENT HFA 110 MCG/ACTUATION, 220 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER EC	\$0 (Tier 2)	LC (24 cada 30 días)
FLOVENT HFA 44 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER EC	\$0 (Tier 2)	LC (10.6 cada 30 días)
flunisolide 0.025% spray EC	\$0 (Tier 1)	LC (50 cada 30 días)
fluticasone-salmeterol 100-50; fluticasone-salmeterol 250-50; fluticasone-salmeterol 500-50 EC	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)
fluticasone-salmeterol 113-14; fluticasone-salmeterol 232-14; fluticasone-salmeterol 55-14 EC	\$0 (Tier 2)	LC (1 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
fluticasone prop 50 mcg spray EC	\$0 (Tier 1)	LC (16 cada 30 días)
hydroxyzine pam 100 mg, 25 mg, 50 mg cap EC	\$0 (Tier 1)	
INCRUSE ELLIPTA 62.5 MCG/ACTUATION POWDER FOR INHALATION EC	\$0 (Tier 2)	LC (30 cada 30 días)
ipratropium 0.03% spray EC	\$0 (Tier 1)	LC (30 cada 30 días)
ipratropium 0.06% spray EC	\$0 (Tier 1)	LC (45 cada 30 días)
ipratropium br 0.02% soln EC	\$0 (Tier 1)	B vs D
iprat-albut 0.5-3(2.5) mg/3 ml EC	\$0 (Tier 1)	B vs D
KALYDECO 150 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
KALYDECO 25 MG, 50 MG, 75 MG ORAL GRANULES IN PACKET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (56 cada 28 días)
LETAIRIS 10 MG, 5 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
levocetirizine 5 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (30 cada 30 días)
metaproterenol 10 mg, 20 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
metaproterenol 10 mg/5 ml syr EC	\$0 (Tier 1)	
montelukast sod 10 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (30 cada 30 días)
montelukast sod 4 mg granules EC	\$0 (Tier 1)	LC (30 cada 30 días)
montelukast sod 4 mg, 5 mg tab chew EC	\$0 (Tier 1)	LC (30 cada 30 días)
NUCALA 100 MG/ML SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (3 cada 28 días)
NUCALA 100 MG/ML SUBCUTANEOUS SYRINGE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (3 cada 28 días)
OFEV 100 MG, 150 MG CAPSULE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
OPSUMIT 10 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
ORKAMBI 100 MG-125 MG ORAL GRANULES IN PACKET; ORKAMBI 150 MG-188 MG ORAL GRANULES IN PACKET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (56 cada 28 días)
ORKAMBI 100 MG-125 MG TABLET; ORKAMBI 200 MG-125 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (112 cada 28 días)
PERFOROMIST 20 MCG/2 ML SOLUTION FOR NEBULIZATION EC	\$0 (Tier 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
PULMOZYME 1 MG/ML SOLUTION FOR INHALATION DL	\$0 (Tier 2)	B vs D
SEREVENT DISKUS 50 MCG/DOSE POWDER FOR INHALATION EC	\$0 (Tier 2)	LC (60 cada 30 días)
sildenafil 10 mg/ml oral susp DL	\$0 (Tier 1)	AP,LC (180 cada 30 días)
sildenafil 20 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	AP,LC (90 cada 30 días)
SPIRIVA RESPIMAT 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION SOLUTION FOR INHALATION EC	\$0 (Tier 2)	LC (4 cada 28 días)
SPIRIVA WITH HANDIHALER 18 MCG AND INHALATION CAPSULES EC	\$0 (Tier 2)	LC (30 cada 30 días)
STIOLTO RESPIMAT 2.5 MCG-2.5 MCG/ACTUATION SOLUTION FOR INHALATION EC	\$0 (Tier 2)	LC (4 cada 28 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
STRIVERDI RESPIMAT 2.5 MCG/ACTUATION SOLUTION FOR INHALATION EC	\$0 (Tier 2)	LC (4 cada 30 días)
SYMBICORT 160 MCG-4.5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER; SYMBICORT 80 MCG-4.5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER EC	\$0 (Tier 2)	LC (10.2 cada 30 días)
SYMJEPI 0.15 MG/0.3 ML, 0.3 MG/0.3 ML INJECTION SYRINGE; SYMJEPI 0.15 MG/0.3 ML, 0.3 MG/0.3 ML INJECTION SYRINGE (FOR 33 LB TO 66 LB PATIENTS) EC	\$0 (Tier 2)	LC (4 cada 30 días)
tadalafil 20 mg tablet DL theophylline er 100 mg, 200 mg, 300 mg tab; theophylline er 100 mg, 200 mg, 300 mg tablet EC	\$0 (Tier 1) \$0 (Tier 1)	AP,LC (60 cada 30 días)
theophylline er 400 mg, 600 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
theophylline er 450 mg tab EC	\$0 (Tier 1)	LC (30 cada 30 días)
TOBI PODHALER 28 MG CAPSULE WITH INHALATION DEVICE; TOBI PODHALER 28 MG INHALE CAP DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (224 cada 28 días)
TRACLEER 125 MG, 62.5 MG TABLET DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (60 cada 30 días)
TRACLEER 32 MG TABLET FOR ORAL SUSPENSION DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (120 cada 30 días)
TRELEGY ELLIPTA 100 MCG-62.5 MCG-25 MCG POWDER FOR INHALATION; TRELEGY ELLIPTA 200 MCG-62.5 MCG-25 MCG POWDER FOR INHALATION EC	\$0 (Tier 2)	LC (60 cada 30 días)
TRIKAFFTA 100-50-75 MG (D)/150 MG (N) TABLETS DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (84 cada 28 días)
VENTOLIN HFA 90 MCG/ACTUATION AEROSOL INHALER EC wixela inhale 100 mcg-50 mcg/dose powder for inhalation; wixela inhale 250 mcg-50 mcg/dose powder for inhalation; wixela inhale 500 mcg-50 mcg/dose powder for inhalation EC	\$0 (Tier 2) \$0 (Tier 1)	LC (36 cada 30 días) LC (60 cada 30 días)
zafirlukast 10 mg, 20 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (60 cada 30 días)

RELAJANTES MUSCULOESQUELÉTICOS - Medicamentos utilizados para relajar los los músculos

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
carisoprodol 350 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (120 cada 30 días)
cyclobenzaprine 10 mg, 5 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	AP
methocarbamol 500 mg, 750 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
vanadom 350 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (120 cada 30 días)

AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO - Medicamentos utilizados para tratar las enfermedades del sueño

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
BELSOMRA 10 MG TABLET EC	\$0 (Tier 2)	LC (60 cada 30 días)
BELSOMRA 15 MG, 20 MG TABLET EC	\$0 (Tier 2)	LC (30 cada 30 días)
BELSOMRA 5 MG TABLET EC	\$0 (Tier 2)	LC (120 cada 30 días)
HETLIOZ 20 MG CAPSULE DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (30 cada 30 días)
modafinil 100 mg, 200 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	AP,LC (60 cada 30 días)
temazepam 15 mg, 30 mg capsule DL	\$0 (Tier 1)	LC (30 cada 30 días)
XYREM 500 MG/ML ORAL SOLUTION DL	\$0 (Tier 2)	AP,LC (540 cada 30 días)
zolpidem tartrate 10 mg, 5 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	LC (30 cada 30 días)

MEDICAMENTOS RADIOLÓGICOS NO PERTENECIENTES A LA PARTE D - Medicamentos radiológicos no pertenecientes a la Parte D

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
cyanocobalamin 1,000 mcg/ml (*) EC	\$0 (Tier 3)	
vitamin d2 1.25mg(50,000 unit) (*) EC	\$0 (Tier 3)	
FERAHEME 510 MG/17 ML (30 MG/ML) INTRAVENOUS SOLUTION (*) EC	\$0 (Tier 3)	
FERRLECIT 62.5 MG/5 ML INTRAVENOUS SOLUTION (*) EC	\$0 (Tier 3)	
folic acid 1 mg tablet (*) EC	\$0 (Tier 3)	
folic acid 5 mg/ml vial (*) EC	\$0 (Tier 3)	
GALZIN 25 MG (ZINC), 50 MG (ZINC) CAPSULE (*) EC	\$0 (Tier 3)	
hydroxocobalamin 1,000 mcg/ml (*) EC	\$0 (Tier 3)	
INFED 50 MG/ML INJECTION SOLUTION (*) EC	\$0 (Tier 3)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
INFUVITE PEDIATRIC 80 MG-400 UNIT-200 MCG/5 ML INTRAVENOUS SOLUTION (*) EC	\$0 (Tier 3)	
INJECTAFER 50 MG IRON/ML INTRAVENOUS SOLUTION (*) EC	\$0 (Tier 3)	
MEPHYTON 5 MG TABLET (*) EC	\$0 (Tier 3)	
<i>promethazine-codeine syrup</i> (*) EC	\$0 (Tier 3)	
<i>promethazine-pe-codeine syrup</i> (*) EC	\$0 (Tier 3)	
<i>pyridoxine 100 mg/ml vial</i> (*) EC	\$0 (Tier 3)	
<i>sod fer gluc cplx 62.5 mg/5 ml</i> (*) EC	\$0 (Tier 3)	
<i>thiamine 200 mg/2 ml vial</i> (*) EC	\$0 (Tier 3)	
VENOFER 100 MG IRON/5 ML, 200 MG IRON/10 ML, 50 MG IRON/2.5 ML INTRAVENOUS SOLUTION (*) EC	\$0 (Tier 3)	
<i>vitamin d2 1,250 mcg (50,000 unit) capsule</i> (*) EC	\$0 (Tier 3)	
<i>vitamin k1 10 mg/ml injection solution</i> (*) EC	\$0 (Tier 3)	

MEDICAMENTOS DE VENTA SIN RECETA MÉDICA - Medicamentos de venta sin receta médica

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
<i>3 day vaginal 200 mg/5 gram (4 %) cream</i> EC	\$0 (Tier 4)	
<i>3-day vaginal 2 % cream</i> EC	\$0 (Tier 4)	
<i>acetaminophen 120 mg suppos</i> EC	\$0 (Tier 4)	
<i>acetaminophen 160 mg/5 ml (5 ml), 325 mg/10.15 ml, 650 mg/20.3 ml; acetaminophen 160 mg/5 ml sol</i> EC	\$0 (Tier 4)	
<i>acetaminophen 160 mg/5 ml liq</i> EC	\$0 (Tier 4)	
<i>acetaminophen 325 mg, 500 mg tablet</i> EC	\$0 (Tier 4)	
<i>acid gone antacid 95 mg-358 mg/15 ml oral suspension</i> EC	\$0 (Tier 4)	
<i>acid gone antacid extra strength 160 mg-105 mg chewable tablet</i> EC	\$0 (Tier 4)	
<i>acid reducer (famotidine) 10 mg tablet</i> EC	\$0 (Tier 4)	
<i>ACNE MEDICATION 10 %, 5 % LOTION</i> EC	\$0 (Tier 4)	
<i>ACNE MEDICATION 10 %, 5 % TOPICAL GEL</i> EC	\$0 (Tier 4)	
<i>adult tussin chest congestion 100 mg/5 ml oral liquid</i> EC	\$0 (Tier 4)	
<i>adult tussin cough congestion dm 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid</i> EC	\$0 (Tier 4)	
<i>adult tussin dm 10 mg-100 mg/5 ml oral syrup</i> EC	\$0 (Tier 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
advanced antacid-antigas 200 mg-200 mg-20 mg/5 ml oral suspension EC	\$0 (Tier 4)	
aftera 1.5 mg tablet EC	\$0 (Tier 4)	
all day allergy (cetirizine) 1 mg/ml oral solution EC	\$0 (Tier 4)	LC (300 cada 30 días)
all day allergy (cetirizine) 10 mg tablet EC	\$0 (Tier 4)	
all day pain relief 220 mg tablet EC	\$0 (Tier 4)	
all day relief 220 mg tablet EC	\$0 (Tier 4)	
aller-g-time 25 mg tablet EC	\$0 (Tier 4)	
allergy (diphenhydramine) 25 mg capsule EC	\$0 (Tier 4)	
allergy (diphenhydramine) 25 mg tablet EC	\$0 (Tier 4)	
allergy relief (cetirizine) 1 mg/ml oral solution EC	\$0 (Tier 4)	LC (300 cada 30 días)
allergy relief (loratadine) 10 mg disintegrating tablet; allergy relief (loratadine) 10 mg tablet EC	\$0 (Tier 4)	
allergy relief (loratadine) 5 mg/5 ml oral solution EC	\$0 (Tier 4)	
allergy relief (diphenhydramine) 25 mg capsule EC	\$0 (Tier 4)	
ALMACOME SUSPENSION EC	\$0 (Tier 4)	
almacone-2 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral suspension EC	\$0 (Tier 4)	
ALOE VESTA PROTECTANT OINTMENT 43 % EC	\$0 (Tier 4)	
aluminum hydroxide gel EC	\$0 (Tier 4)	
antacid 200 mg-200 mg-20 mg/5 ml oral suspension EC	\$0 (Tier 4)	
antacid (calcium carbonate) 200 mg calcium (500 mg), 215 mg calcium (500 mg), 320 mg calcium (750 mg) chewable tablet EC	\$0 (Tier 4)	
antacid extra strength (mag carb-al hyd) 160 mg-105 mg chewable tablet EC	\$0 (Tier 4)	
antacid extra strength (calcium carb) 300 mg (750 mg) chewable tablet EC	\$0 (Tier 4)	
antacid extra-strength 200 mg-200 mg-20 mg/5 ml oral suspension EC	\$0 (Tier 4)	
antacid extra-strength 300 mg (750 mg) chewable tablet EC	\$0 (Tier 4)	
antacid plus anti-gas 200 mg-200 mg-20 mg/5 ml oral suspension; antacid plus anti-gas 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral suspension EC	\$0 (Tier 4)	
antacid regular strength 200 mg-200 mg-20 mg/5 ml oral suspension EC	\$0 (Tier 4)	
antacid-antigas 200 mg-200 mg-20 mg/5 ml oral suspension; antacid-antigas 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral suspension EC	\$0 (Tier 4)	
anti-diarrheal (loperamide) 2 mg capsule EC	\$0 (Tier 4)	
anti-diarrheal (loperamide) 2 mg tablet EC	\$0 (Tier 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
anti-itch (hydrocortisone) 1 % topical cream EC	\$0 (Tier 4)	
antibiotic (bacitracin zinc) 500 unit/gram topical ointment EC	\$0 (Tier 4)	
antifungal cream (miconazole) 2 % topical EC	\$0 (Tier 4)	
ANTISEPTIC SKIN CLEANSER (CHLORHEXIDINE) 4 % LIQUID EC	\$0 (Tier 4)	
anu-med suppository EC	\$0 (Tier 4)	
arthritis pain relief (capsaicin) 0.075 % topical cream EC	\$0 (Tier 4)	
ARTIFICIAL TEARS (PETROLATUM/MINERAL OIL) 83 %-15 % EYE OINTMENT EC	\$0 (Tier 4)	
ARTIFICIAL TEARS (POLYVINYL ALCOHOL) 1.4 % EYE DROPS EC	\$0 (Tier 4)	
artificial tears (polyvinyl alcohol/povidone) 0.5 %-0.6 % eye drops EC	\$0 (Tier 4)	
aspir-low ec 81 mg tablet EC	\$0 (Tier 4)	
aspirin 325 mg tablet; aspirin ec 325 mg tablet EC	\$0 (Tier 4)	
aspirin 81 mg chewable tablet EC	\$0 (Tier 4)	
aspirin ec 81 mg tablet EC	\$0 (Tier 4)	
athlete's foot (clotrimazole) 1 % topical cream EC	\$0 (Tier 4)	
bacitracin 500 unit/gm ointmnt EC	\$0 (Tier 4)	
bacitracin zn 500 unit/gm oint EC	\$0 (Tier 4)	
banophen 12.5 mg/5 ml solution EC	\$0 (Tier 4)	
banophen 25 mg tablet EC	\$0 (Tier 4)	
banophen 25 mg, 50 mg capsule EC	\$0 (Tier 4)	
banophen allergy 12.5 mg/5 ml EC	\$0 (Tier 4)	
benzoyl peroxide 10% gel; benzoyl peroxide 2.5% gel; benzoyl peroxide 5% gel EC	\$0 (Tier 4)	
benzoyl peroxide 6% cleanser EC	\$0 (Tier 4)	
BETADINE 10 % TOPICAL SOLUTION EC	\$0 (Tier 4)	
BETADINE 5 % TOPICAL SPRAY EC	\$0 (Tier 4)	
BETADINE SURGICAL SCRUB 7.5 % TOPICAL SOLUTION EC	\$0 (Tier 4)	
BETADINE SWABSTICKS 10 % EC	\$0 (Tier 4)	
BETASEPT SURGICAL SCRUB 4 % TOPICAL LIQUID EC	\$0 (Tier 4)	
bisacodyl 10 mg suppository EC	\$0 (Tier 4)	
bisacodyl ec 5 mg tablet EC	\$0 (Tier 4)	
biscolax 10 mg suppository EC	\$0 (Tier 4)	
bismatrol 262 mg chewable tablet EC	\$0 (Tier 4)	
bismatrol 262 mg/15 ml, 525 mg/15 ml oral suspension EC	\$0 (Tier 4)	
cal-gest antacid 200 mg calcium (500 mg) chewable tablet EC	\$0 (Tier 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
calcium antacid 200 mg calcium (500 mg), 300 mg (750 mg), 320 mg calcium (750 mg) chewable tablet EC	\$0 (Tier 4)	
calcium carb 1,250 mg/5 ml sus EC	\$0 (Tier 4)	
calcium 500-vit d3 200 tablet EC	\$0 (Tier 4)	
capsaicin 0.025% cream EC	\$0 (Tier 4)	
cetirizine hcl 1 mg/ml soln EC	\$0 (Tier 1)	LC (300 cada 30 días)
cetirizine hcl 10 mg, 5 mg chew tab EC	\$0 (Tier 4)	
cetirizine hcl 10 mg, 5 mg tablet EC	\$0 (Tier 4)	
cetirizine hcl 5 mg/5 ml soln EC	\$0 (Tier 4)	
children's allergy relief (cetirizine) 1 mg/ml oral solution EC	\$0 (Tier 4)	LC (300 cada 30 días)
child mucus relief expectorant 100 mg/5 ml oral liquid EC	\$0 (Tier 4)	
children's all day allergy (cetirizine) 1 mg/ml oral solution EC	\$0 (Tier 4)	LC (300 cada 30 días)
children's acetaminophen 160 mg/5 ml, 160 mg/5 ml (5 ml) oral suspension EC	\$0 (Tier 4)	
children's allergy (diphenhydramine) 12.5 mg/5 ml oral liquid EC	\$0 (Tier 4)	
children's cetirizine 1 mg/ml oral solution EC	\$0 (Tier 4)	LC (300 cada 30 días)
children's cetirizine 10 mg, 5 mg chewable tablet EC	\$0 (Tier 4)	
children's pain relief 160 mg/5 ml oral suspension EC	\$0 (Tier 4)	
child pain-fever 160 mg/5 ml EC	\$0 (Tier 4)	
children's pain and fever relief 160 mg/5 ml oral suspension EC	\$0 (Tier 4)	
children's silapap 160 mg/5 ml oral liquid EC	\$0 (Tier 4)	
children's wal-zyr 1 mg/ml oral solution EC	\$0 (Tier 4)	LC (300 cada 30 días)
CHILDREN'S ZYRTEC ALLERGY 1 MG/ML ORAL SOLUTION EC	\$0 (Tier 4)	LC (300 cada 30 días)
citrucel 500 mg tablet EC	\$0 (Tier 4)	
CITRUCEL (SUCROSE) ORAL POWDER EC	\$0 (Tier 4)	
CITRUCEL SUGAR FREE ORAL POWDER EC	\$0 (Tier 4)	
clearlax 17 gram, 17 gram/dose oral powder; clearlax 17 gram, 17 gram/dose oral powder packet EC	\$0 (Tier 4)	
clotrimazole 1% topical cream EC	\$0 (Tier 1)	
clotrimazole 1% vaginal cream EC	\$0 (Tier 4)	
clotrimazole-3 2 % vaginal cream EC	\$0 (Tier 4)	
COLACE 100 MG CAPSULE EC	\$0 (Tier 4)	
COLACE 2-IN-1 8.6 MG-50 MG TABLET EC	\$0 (Tier 4)	
COLACE CLEAR 50 MG CAPSULE EC	\$0 (Tier 4)	
complete allergy 25 mg capsule EC	\$0 (Tier 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
complete allergy medicine 25 mg capsule EC	\$0 (Tier 4)	
cough syrup 100 mg/5 ml oral liquid EC	\$0 (Tier 4)	
cough syrup dm 10 mg-100 mg/5 ml EC	\$0 (Tier 4)	
guaifenesin dm syrup EC	\$0 (Tier 4)	
diabetic siltussin das-na liq EC	\$0 (Tier 4)	
diabetic siltussin-dm liquid EC	\$0 (Tier 4)	
diabetic siltussin-dm max str 10 mg-200 mg/5 ml oral liquid EC	\$0 (Tier 4)	
dibucaine 1% ointment EC	\$0 (Tier 4)	
diphedryl 12.5 mg/5 ml oral liquid EC	\$0 (Tier 4)	
diphedryl 25 mg capsule EC	\$0 (Tier 4)	
diphenhist 12.5 mg/5 ml soln EC	\$0 (Tier 4)	
DIPHENHIST 25 MG CAPSULE EC	\$0 (Tier 4)	
diphenhist 25 mg captab EC	\$0 (Tier 4)	
diphenhydramine 25 mg, 50 mg capsule EC	\$0 (Tier 4)	
docu 50 mg/5 ml oral liquid EC	\$0 (Tier 4)	
docusate sodium 100 mg softgel EC	\$0 (Tier 4)	
docusate sodium 50 mg/5 ml liq EC	\$0 (Tier 4)	
docusil 100 mg capsule EC	\$0 (Tier 4)	
docusol 283 mg enema EC	\$0 (Tier 4)	
DOCUSOL KIDS 100 MG/5 ML ENEMA EC	\$0 (Tier 4)	
DOCUSOL PLUS 283 MG-20 MG/5 ML ENEMA EC	\$0 (Tier 4)	
dok 100 mg tablet EC	\$0 (Tier 4)	
DOK 100 MG, 250 MG CAPSULE; DOK 100 MG, 250 MG SOFTGEL EC	\$0 (Tier 4)	
dok plus tablet EC	\$0 (Tier 4)	
driminate 50 mg tablet EC	\$0 (Tier 4)	
ear drops (carbamide peroxide) 6.5 % EC	\$0 (Tier 4)	
ear drops otc 6.5 % EC	\$0 (Tier 4)	
econtra ez 1.5 mg tablet EC	\$0 (Tier 4)	
ed-apap 160 mg/5 ml oral liquid EC	\$0 (Tier 4)	
enema 19 gram-7 gram/118 ml EC	\$0 (Tier 4)	
enema disposable 19 gram-7 gram/118 ml EC	\$0 (Tier 4)	
ENEMEEZ 283 MG/5 ML ENEMA EC	\$0 (Tier 4)	
ENEMEEZ PLUS 283 MG-20 MG/5 ML ENEMA EC	\$0 (Tier 4)	
ergocalciferol 8,000 units/ml EC	\$0 (Tier 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
EXCEDRIN EXTRA STRENGTH 250 MG-250 MG-65 MG TABLET EC	\$0 (Tier 4)	
EXCEDRIN MIGRAINE 250 MG-250 MG-65 MG TABLET EC	\$0 (Tier 4)	
famotidine 10 mg tablet EC	\$0 (Tier 4)	
ferrous sulf ec 324 mg tablet; ferrous sulf ec 325 mg tablet; ferrous sulfate 325 mg tablet EC	\$0 (Tier 4)	
FEVERALL 120 MG, 325 MG, 80 MG RECTAL SUPPOSITORY EC	\$0 (Tier 4)	
fiber (calcium polycarbophil) 625 mg tablet EC	\$0 (Tier 4)	
fiber laxative (calcium polycarbophil) 625 mg tablet EC	\$0 (Tier 4)	
FIBER THERAPY (METHYLCELLULOSE-SUGAR) 2 GRAM/19 GRAM ORAL POWDER EC	\$0 (Tier 4)	
fiber therapy (methylcellulose) 500 mg tablet EC	\$0 (Tier 4)	
fiber-lax 625 mg tablet EC	\$0 (Tier 4)	
FLEET ENEMA 19 GRAM-7 GRAM/118 ML EC	\$0 (Tier 4)	
fleet glycerin (adult) rectal suppository EC	\$0 (Tier 4)	
fleet glycerin (child) rectal suppository EC	\$0 (Tier 4)	
FLEET GLYCERIN LAXATIVE 5.4 GRAM/5.4 ML RECTAL SOLUTION EC	\$0 (Tier 4)	
FLEET PEDIATRIC 9.5 GRAM-3.5 GRAM/59 ML ENEMA EC	\$0 (Tier 4)	
formula em oral solution EC	\$0 (Tier 4)	
gavilax 17 gram/dose oral powder EC	\$0 (Tier 4)	
GAVISCON 80 MG-14.2 MG CHEWABLE TABLET EC	\$0 (Tier 4)	
GAVISCON 95 MG-358 MG/15 ML ORAL SUSPENSION EC	\$0 (Tier 4)	
GAVISCON EXTRA STRENGTH 160 MG-105 MG CHEWABLE TABLET EC	\$0 (Tier 4)	
GAVISCON EXTRA STRENGTH 254 MG-237.5 MG/5 ML ORAL SUSPENSION EC	\$0 (Tier 4)	
gentearl tears mild 0.1 %-0.3 % eye drops EC	\$0 (Tier 4)	
GENTEARL TEARS MODERATE 0.1 %-0.3 %-0.2 % EYE DROPS EC	\$0 (Tier 4)	
gentle laxative (bisacodyl) 10 mg rectal suppository EC	\$0 (Tier 4)	
guaifenesin 200 mg/10 ml soln EC	\$0 (Tier 4)	
headache relief (asa-acetaminophn-caffeine) 250 mg-250 mg-65 mg tablet EC	\$0 (Tier 4)	
healthylax 17 gram oral powder packet EC	\$0 (Tier 4)	
heartburn relief (famotidine) 10 mg tablet EC	\$0 (Tier 4)	
hydrocortisone 0.5% cream EC	\$0 (Tier 4)	
hydrocortisone 0.5% ointment EC	\$0 (Tier 4)	
hydrocortisone 1% cream; hydrocortisone 2.5% cream EC	\$0 (Tier 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
hydrocortisone 1% ointment; hydrocortisone 2.5% ointment EC	\$0 (Tier 1)	
gnp hydrocort acetate 1% cr; hydrocortisone 0.5% cream EC	\$0 (Tier 4)	
hydrocortisone-aloe 1% cream EC	\$0 (Tier 4)	
ibu-200 200 mg tablet EC	\$0 (Tier 4)	
ibuprofen 200 mg tablet EC	\$0 (Tier 4)	
ibuprofen ib 200 mg tablet EC	\$0 (Tier 4)	
infant pain reliever 160 mg/5 ml oral suspension EC	\$0 (Tier 4)	
infants' pain and fever 160 mg/5 ml oral suspension EC	\$0 (Tier 4)	
infants' pain relief 160 mg/5 ml oral suspension EC	\$0 (Tier 4)	
kao-tin suspension EC	\$0 (Tier 4)	
kao-tin 240 mg softgel EC	\$0 (Tier 4)	
konsyl (sugar) 3.4 gram, 3.4 gram/12 gram oral powder; konsyl (sugar) 3.4 gram, 3.4 gram/12 gram oral powder packet EC	\$0 (Tier 4)	
KONSYL FORMULA-D 3.4 GRAM/6.5 GRAM ORAL POWDER EC	\$0 (Tier 4)	
KONSYL SUGAR-FREE 6 GRAM, 6 GRAM/6 GRAM ORAL POWDER; KONSYL SUGAR-FREE 6 GRAM, 6 GRAM/6 GRAM ORAL POWDER PACKET EC	\$0 (Tier 4)	
lamisil at 1 % topical cream EC	\$0 (Tier 4)	
laxative (bisacodyl) 5 mg tablet, delayed release EC	\$0 (Tier 4)	
laxative (sennosides) 25 mg tablet EC	\$0 (Tier 4)	
lice killing 0.33 %-4 % shampoo EC	\$0 (Tier 4)	
lice treatment 0.33 %-4 % shampoo EC	\$0 (Tier 4)	
lice treatment 1 % topical liquid EC	\$0 (Tier 4)	
lice treatment (permethrin) 1 % topical liquid EC	\$0 (Tier 4)	
lidocaine anorectal 5% cream EC	\$0 (Tier 4)	
liquitears 1.4% drops EC	\$0 (Tier 4)	
loperamide 1 mg/7.5 ml susp EC	\$0 (Tier 4)	
loperamide 2 mg capsule EC	\$0 (Tier 1)	
loratadine 10 mg tablet EC	\$0 (Tier 4)	
loratadine 5 mg/5 ml syrup EC	\$0 (Tier 4)	
lubricant eye 57.3 %-42.5 % ointment EC	\$0 (Tier 4)	
MAG-AL PLUS 200 MG-200 MG-20 MG/5 ML ORAL SUSPENSION EC	\$0 (Tier 4)	
mag-al plus extra strength 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral suspension EC	\$0 (Tier 4)	
MAGNEBIND 300 250 MG-300 MG TABLET EC	\$0 (Tier 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
magnesium oxide 400 mg tablet EC	\$0 (Tier 4)	
mapap (acetaminophen) 325 mg tablet EC	\$0 (Tier 4)	
mapap 160 mg/5 ml liquid EC	\$0 (Tier 4)	
mapap extra strength 500 mg tablet EC	\$0 (Tier 4)	
meclizine 12.5 mg, 25 mg tablet EC	\$0 (Tier 1)	
meclizine 25 mg tablet chew EC	\$0 (Tier 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 EC	\$0 (Tier 4)	
miconazole 7 100 mg vaginal suppository EC	\$0 (Tier 4)	
miconazole 7 2 % vaginal cream EC	\$0 (Tier 4)	
miconazole 1 combination pack EC	\$0 (Tier 4)	
miconazole 2% topical cream; miconazole 2% vaginal cream EC	\$0 (Tier 4)	
miconazole-3 200 mg-2 % (9 gram) vaginal kit EC	\$0 (Tier 4)	
migraine formula 250 mg-250 mg-65 mg tablet EC	\$0 (Tier 4)	
migraine relief 250 mg-250 mg-65 mg tablet EC	\$0 (Tier 4)	
milk of magnesia 400 mg/5 ml oral suspension EC	\$0 (Tier 4)	
mintox 200 mg-200 mg-20 mg/5 ml oral suspension EC	\$0 (Tier 4)	
mintox maximum strength 400 mg-400 mg-40 mg/5 ml oral suspension EC	\$0 (Tier 4)	
mintox plus 200 mg-200 mg-25 mg chewable tablet EC	\$0 (Tier 4)	
motion relief (meclizine) 25 mg tablet EC	\$0 (Tier 4)	
motion sickness (meclizine) 25 mg tablet EC	\$0 (Tier 4)	
motion sickness relief 50 mg tablet EC	\$0 (Tier 4)	
motion-time 25 mg chewable tablet EC	\$0 (Tier 4)	
muro 128 2 % eye drops EC	\$0 (Tier 4)	
my way 1.5 mg tablet EC	\$0 (Tier 4)	
naproxen sodium 220 mg caplet EC	\$0 (Tier 4)	
nasal decongestant (pseudoephedrine) 30 mg tablet EC	\$0 (Tier 4)	
natura-lax 17 gram/dose oral powder EC	\$0 (Tier 4)	
natural balance tears eye drop EC	\$0 (Tier 4)	
natural fiber laxative (sugar) 3.4 gram/7 gram oral powder EC	\$0 (Tier 4)	
natural fiber lax powder EC	\$0 (Tier 4)	
natural vegetable laxative (sennosides) 8.6 mg tablet EC	\$0 (Tier 4)	
nature's tears eye drops EC	\$0 (Tier 4)	
nausea relief oral solution EC	\$0 (Tier 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
NICODERM CQ 14 MG/24 HR, 7 MG/24 HR DAILY TRANSDERMAL PATCH EC	\$0 (Tier 4)	
nicoderm cq 21 mg/24 hr daily transdermal patch EC	\$0 (Tier 4)	
nicorelief 2 mg gum EC	\$0 (Tier 4)	
NICORETTE 2 MG, 4 MG Buccal LOZENGE; NICORETTE 2 MG, 4 MG Buccal MINI LOZENGE EC	\$0 (Tier 4)	
NICORETTE 2 MG, 4 MG GUM EC	\$0 (Tier 4)	
nicotine 14 mg/24hr patch; nicotine 21 mg/24hr patch; nicotine 7 mg/24hr patch EC	\$0 (Tier 4)	
nicotine transdermal system EC	\$0 (Tier 4)	
nicotine 2 mg, 4 mg chewing gum EC	\$0 (Tier 4)	
nicotine 2 mg, 4 mg lozenge; nicotine 2 mg, 4 mg mini lozenge EC	\$0 (Tier 4)	
non-aspirin pain relief 500 mg tablet EC	\$0 (Tier 4)	
non-drowsy allergy 10 mg tab EC	\$0 (Tier 4)	
opcicon one-step 1.5 mg tablet EC	\$0 (Tier 4)	
option-2 1.5 mg tablet EC	\$0 (Tier 4)	
PAIN & FEVER 325 MG, 500 MG TABLET EC	\$0 (Tier 4)	
pain relief (acetaminophen) 500 mg tablet EC	\$0 (Tier 4)	
pain relief extra strength 500 mg tablet EC	\$0 (Tier 4)	
pain relief regular strength 325 mg tablet EC	\$0 (Tier 4)	
pain reliever (acetaminophen) 325 mg tablet EC	\$0 (Tier 4)	
pain reliever extra strength 500 mg tablet EC	\$0 (Tier 4)	
pain reliever plus 250 mg-250 mg-65 mg tablet EC	\$0 (Tier 4)	
PEDIA-LAX 2.8 GRAM/2.7 ML RECTAL SOLUTION EC	\$0 (Tier 4)	
pedialax stool softener 50 mg/15 ml oral syrup EC	\$0 (Tier 4)	
peptic relief 262 mg chewable tablet EC	\$0 (Tier 4)	
pharbedryl 25 mg, 50 mg capsule EC	\$0 (Tier 4)	
pharbetol 325 mg, 500 mg tablet EC	\$0 (Tier 4)	
pink bismuth 262 mg chewable tablet EC	\$0 (Tier 4)	
pink bismuth 262 mg tablet EC	\$0 (Tier 4)	
PLAN B ONE-STEP 1.5 MG TABLET EC	\$0 (Tier 4)	
polyethylene glycol 3350 powd EC	\$0 (Tier 4)	
povidone-iodine 10% ointment EC	\$0 (Tier 4)	
qc povidone-iodine 10% soln EC	\$0 (Tier 4)	
pramoxine hcl 1% foam EC	\$0 (Tier 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
PROCTOFOAM 1 % TOPICAL EC	\$0 (Tier 4)	
PROSHIELD PLUS 1 % TOPICAL OINTMENT EC	\$0 (Tier 4)	
pseudoephedrine 30 mg tablet EC	\$0 (Tier 4)	
puralube ophthalmic ointment EC	\$0 (Tier 4)	
ready-to-use enema 19 gram-7 gram/118 ml EC	\$0 (Tier 4)	
reese's pinworm medicine 50 mg/ml oral suspension EC	\$0 (Tier 4)	
REFRESH LACRI-LUBE 56.8 %-42.5 % EYE OINTMENT EC	\$0 (Tier 4)	
REFRESH P.M. 57.3 %-42.5 % EYE OINTMENT EC	\$0 (Tier 4)	
REGULOID 3.4 G/12 G POWDER EC	\$0 (Tier 4)	
reguloid 3.4 g/7 g powder EC	\$0 (Tier 4)	
reguloid laxative powder EC	\$0 (Tier 4)	
REMEDY ANTIFUNGAL 2 % TOPICAL CREAM EC	\$0 (Tier 4)	
REMEDY NUTRASHIELD SKIN PROTEC 1 % CREAM EC	\$0 (Tier 4)	
robafen 100 mg/5 ml oral liquid EC	\$0 (Tier 4)	
robafen-dm syrup EC	\$0 (Tier 4)	
robafen dm cough 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid EC	\$0 (Tier 4)	
robafen dm cough-chest congestion 10 mg-100 mg/5 ml oral syrup EC	\$0 (Tier 4)	
RULOX SUSPENSION EC	\$0 (Tier 4)	
senna 8.6 mg tablet EC	\$0 (Tier 4)	
senna lax 8.6 mg tablet EC	\$0 (Tier 4)	
senna laxative 8.6 mg tablet EC	\$0 (Tier 4)	
senna leaves EC	\$0 (Tier 4)	
senna plus 8.6 mg-50 mg tablet EC	\$0 (Tier 4)	
senna-s 8.6 mg-50 mg tablet EC	\$0 (Tier 4)	
senna-time s 8.6 mg-50 mg tablet EC	\$0 (Tier 4)	
sennosides-docusate sodium tab EC	\$0 (Tier 4)	
SENOKOT 8.6 MG TABLET EC	\$0 (Tier 4)	
SENOKOT EXTRA STRENGTH 17.2 MG TABLET EC	\$0 (Tier 4)	
SENOKOT-S 8.6 MG-50 MG TABLET EC	\$0 (Tier 4)	
SILACE 50 MG/5 ML ORAL LIQUID EC	\$0 (Tier 4)	
SILACE 60 MG/15 ML ORAL SYRUP EC	\$0 (Tier 4)	
siladryl sa 12.5 mg/5 ml oral liquid EC	\$0 (Tier 4)	
siltussin dm das 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid EC	\$0 (Tier 4)	
siltussin sa 100 mg/5 ml oral liquid EC	\$0 (Tier 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
siltussin-dm 10 mg-100 mg/5 ml oral syrup EC	\$0 (Tier 4)	
sodium bicarb 325 mg, 650 mg tablet EC	\$0 (Tier 4)	
SODIUM BICARBONATE POWDER EC	\$0 (Tier 4)	
cvs sodium chloride 5% eye drp EC	\$0 (Tier 4)	
cvs sodium chloride 5% oint EC	\$0 (Tier 4)	
SORBITOL 70% SOLUTION EC	\$0 (Tier 4)	
stomach relief 262 mg/15 ml oral suspension EC	\$0 (Tier 4)	
stomach relief max strength 525 mg/15 ml oral suspension EC	\$0 (Tier 4)	
stomach relief original 262 mg/15 ml oral suspension EC	\$0 (Tier 4)	
stool softener 100 mg, 250 mg capsule EC	\$0 (Tier 4)	
stool softener (docusate calcium) 240 mg capsule EC	\$0 (Tier 4)	
stool softener-laxative 8.6 mg-50 mg tablet EC	\$0 (Tier 4)	
stool softener-stimulant laxative 8.6 mg-50 mg tablet EC	\$0 (Tier 4)	
sudogest 30 mg tablet EC	\$0 (Tier 4)	
suphedrin 30 mg tablet EC	\$0 (Tier 4)	
swim ear 95 %-5 % drops EC	\$0 (Tier 4)	
SYSTANE NIGHTTIME 94 %-3 % EYE OINTMENT EC	\$0 (Tier 4)	
terbinafine 1% cream EC	\$0 (Tier 4)	
tioconazole-1 6.5 % vaginal ointment EC	\$0 (Tier 4)	
travel sickness 50 mg tablet EC	\$0 (Tier 4)	
TRAVEL SICKNESS (MECLIZINE) 25 MG CHEWABLE TABLET EC	\$0 (Tier 4)	
tri-buffered aspirin 325 mg tablet EC	\$0 (Tier 4)	
TRIPLE ANTIBIOTIC 3.5 MG-400 UNIT-5,000 UNIT TOPICAL OINTMENT PACKET EC	\$0 (Tier 4)	
triple antibiotic 3.5 mg-400 unit-5,000 unit/gram topical ointment EC	\$0 (Tier 4)	
triple antibiotic plus 3.5 mg-500 unit-10,000 unit/gram top ointment EC	\$0 (Tier 4)	
TUMS 200 MG CALCIUM (500 MG), 300 MG (750 MG) CHEWABLE TABLET EC	\$0 (Tier 4)	
TUMS E-X 300 MG (750 MG) CHEWABLE TABLET EC	\$0 (Tier 4)	
TUMS EXTRA STRENGTH SMOOTHIES 300 MG (750 MG) CHEWABLE TABLET EC	\$0 (Tier 4)	
tusnel diabetic 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid EC	\$0 (Tier 4)	
tussin dm 10 mg-100 mg/5 ml oral liquid EC	\$0 (Tier 4)	
tussin dm 10 mg-100 mg/5 ml oral syrup EC	\$0 (Tier 4)	
tussin dm clear 10 mg-100 mg/5 ml oral syrup EC	\$0 (Tier 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Necessary actions, restrictions, or limits on use
<i>tussin dm max 10 mg-200 mg/5 ml oral liquid EC</i>	\$0 (Tier 4)	
<i>tussin mucus-chest congestion 100 mg/5 ml oral liquid EC</i>	\$0 (Tier 4)	
<i>VANAMINE PD 6.25 MG/ML ORAL DROPS EC</i>	\$0 (Tier 4)	
<i>vitamin a and d ointment; vitamin a and d ointment pckt EC</i>	\$0 (Tier 4)	
<i>wal-zyr (cetirizine) 1 mg/ml oral solution EC</i>	\$0 (Tier 4)	LC (300 cada 30 días)
<i>gnp zinc oxide 20% ointment EC</i>	\$0 (Tier 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



E. Índice de medicamentos

A			
	ACTHIB (PF)	90	
a-hydrocort	79	ACTIMMUNE	90
abacavir	50	acyclovir	50
abacavir-lamivudine	50	acyclovir sodium	50
abacavir-lamivudine-zidovudine	50	ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF)	90
ABELCET	31	ADAGEN	77
ABILIFY MAINTENA	47	adapalene	69
abiraterone	34	ADCETRIS	35
ABOUTTIME PEN NEEDLE	97	adefovirus	50
ABRAXANE	34	ADEMPAS	112
acamprostate	18	adriamycin	35
acarbose	55	adult tussin chest congestion	117
acebutolol	61	adult tussin cough congest dm	117
acetaminophen	117	adult tussin dm	117
acetaminophen-codeine	15	ADVAIR DISKUS	112
acetazolamide	61	ADVAIR HFA	112
acetazolamide sodium	61	advanced antacid-antigas	118
acetic acid	18	ADVOCATE PEN NEEDLE	97
acetylcysteine	97, 112	ADVOCATE SYRINGES	97
acid gone antacid	117	afeditab cr	61
acid gone antacid e.strength	117	AFINITOR	35
acid reducer (famotidine)	117	AFINITOR DISPERZ	35
acitretin	69	afirmelle	82
ACNE MEDICATION	117	aftera	118
ACTHAR	79	AIMOVIG AUTOINJECTOR	97

AIMOVIG AUTOINJECTOR (2 PACK)	97	almacone-2	118
ak-poly-bac	110	ALOE VESTA PROTECTANT OINTMENT	118
albendazole	45	ALPHAGAN P	110
albuterol sulfate	112	alprazolam	54
ALCAINE	110	altavera (28)	82
ALCOHOL PADS	97	aluminum hydroxide gel	118
ALCOHOL PREP PADS	97	ALUNBRIG	35
ALCOHOL SWABS	97	alyq	112
ALCOHOL WIPES	97	amabelz	82
ALECENSA	35	amantadine hcl	46
alendronate	96	AMBISOME	31
alfuzosin	78	ambrisentan	112
ALIMTA	35	amethia lo	82
ALINIA	45	AMICAR	59
ALIQOPA	35	amifostine crystalline	35
aliskiren	61	amiloride	61
all day allergy (cetirizine)	118	amiloride-hydrochlorothiazide	61
all day pain relief	118	aminocaproic acid	59
all day relief	118	aminophylline	112
aller-g-time	118	AMINOSYN II 10 %	70
allergy (diphenhydramine)	118	AMINOSYN II 15 %	70
allergy relief (cetirizine)	118	AMINOSYN II 7 %	70
allergy relief (loratadine)	118	AMINOSYN II 8.5 %	71
allergy relief (diphenhydramin)	118	AMINOSYN II 8.5 %-ELECTROLYTES	71
allopurinol	33	AMINOSYN M 3.5 %	71
ALMAONE	118	AMINOSYN 10 %	70

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.

AMINOSYN 7 % WITH ELECTROLYTES	70	antacid exst (mag carb-al hyd)	118
AMINOSYN 8.5 %	70	antacid ext str (calcium carb)	118
AMINOSYN 8.5 %-ELECTROLYTES	70	antacid extra-strength	118
AMINOSYN-HBC 7%	71	antacid plus anti-gas	118
AMINOSYN-PF 10 %	71	antacid regular strength	118
AMINOSYN-PF 7 % (SULFITE-FREE)	71	antacid-antigas	118
AMINOSYN-RF 5.2 %	71	anti-diarrheal (loperamide)	118
amiodarone	61	anti-itch (hc)	119
amitriptyline	28	antibiotic (bacitracin zinc)	119
amlodipine	61	antifungal cream (miconazole)	119
amlodipine-benazepril	61	ANTISEPTIC SKIN CLNSR(CHLORHE)	119
ammonium lactate	69	anu-med	119
amnesteem	69	APOKYN	46
amoxapine	28	apraclonidine	110
amoxicillin	18, 19	aprepitant	30
amoxicillin-pot clavulanate	19	apri	82
amphotericin b	31	APTIOM	24
ampicillin	19	APTIVUS	50
ampicillin sodium	19	APTIVUS (WITH VITAMIN E)	50
ampicillin-sulbactam	19	ARALAST NP	77
ANADROL-50	82	aranelle (28)	82
anagrelide	59	ARCALYST	90
anastrozole	35	ariPIPrazole	47
ANORO ELLIPTA	112	ARISTADA	47
antacid	118	ARISTADA INITIO	47
antacid (calcium carbonate)	118	ARMOUR THYROID	88

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



ARNUITY ELLIPTA	112	aurovela fe 1.5/30 (28)	82
ARRANON	35	aurovela fe 1-20 (28)	82
arsenic trioxide	35	aurovela 1.5/30 (21)	82
arthritis pain relief(capsaic)	119	aurovela 1/20 (21)	82
ARTIFICIAL TEARS (PETRO/MIN)	119	aurovela 24 fe	82
ARTIFICIAL TEARS (POLYVIN ALC)	119	AUSTEDO	67
artificial tears(pvalch-povid)	119	AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE	98
ARZERRA	35	AUTOPEN 1 TO 21 UNITS	98
aspir-low	119	AUTOPEN 2 TO 42 UNITS	98
aspirin	119	AVASTIN	35
aspirin-dipyridamole	59	aviane	82
ASSURE ID DUO-SHIELD	97	ayunda	82
ASSURE ID INSULIN SAFETY	98	AYVAKIT	35
ASSURE ID PEN NEEDLE	98	azacitidine	59
atazanavir	50	azathioprine	90
atenolol	61	azelastine	110, 112
atenolol-chlorthalidone	61	azithromycin	19
athlete's foot (clotrimazole)	119	aztreonam	19
atomoxetine	67	azurette (28)	82
atorvastatin	61		B
atovaquone	45	bacitracin	19, 119
atovaquone-proguanil	45	bacitracin zinc	119
ATRIPLA	50	bacitracin-polymyxin b	110
atropine	110	baclofen	49
aubra	82	balsalazide	95
aubra eq	82	BALVERSA	35

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



BAND-AID GAUZE PADS	98	BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE	99
banophen.....	119	BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE	99
banophen allergy	119	BD VEO INSULIN SYR HALF UNIT	99
BANZEL	24	BD VEO INSULIN SYRINGE UF	99
BAQSIMI	55	bekyree (28)	82
BARACLUDE	50	BELBUCA	15
BAVENCIO	35	BELEODAQ	35
BCG VACCINE, LIVE (PF)	90	BELSOMRA	116
BD ALCOHOL SWABS	98	benazepril	61
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE	98	benazepril-hydrochlorothiazide	61
BD ECLIPSE LUER-LOK	98	BENDEKA	35
BD INSULIN SYRINGE	98	BENLYSTA	90
BD INSULIN SYRINGE HALF UNIT	98	benzoyl peroxide	119
BD INSULIN SYRINGE MICRO-FINE	98	benztropine	46
BD INSULIN SYRINGE SAFETY-LOK	98	BESPONSA	35
BD INSULIN SYRINGE SLIP TIP	98	BETADINE	119
BD INSULIN SYRINGE U-500	98	BETADINE SURGICAL SCRUB	119
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE	98	BETADINE SWABSTICKS	119
BD LO-DOSE MICRO-FINE IV	98	betamethasone dipropionate	79
BD LO-DOSE ULTRA-FINE	98	betamethasone valerate	79
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE	98	betamethasone, augmented	79
BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE	98	BETASEPT SURGICAL SCRUB	119
BD SAFETYGLIDE SYRINGE	98	BETASERON	67
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE	98	betaxolol	110
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE	98	bethanechol chloride	78
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE	99	BETHKIS	19

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



bexarotene	35	BRILINTA	59
BEXSERO	90	brimonidine	110
bicalutamide	35	BRIVIACT	24
BICILLIN C-R	19	bromocriptine	46
BICILLIN L-A	19	BROVANA	113
BICNU	35	BRUKINSA	36
BIDIL	61	budesonide	95, 113
BIKTARVY	50	bumetanide	62
BINOSTO	96	buprenorphine hcl	18
bisacodyl	119	buprenorphine-naloxone	18
biscolax	119	bupropion hcl	28
bismatrol	119	bupropion hcl (smoking deter)	18
bisoprolol fumarate	61	buspirone	54
bisoprolol-hydrochlorothiazide	62	busulfan	36
BLENREP	35	BUSULFEX	36
bleomycin	35	butalbital-acetaminophen-caff	15
blisovi fe 1.5/30 (28)	82	butorphanol	15
blisovi fe 1/20 (28)	82	BYSTOLIC	62
BOOSTRIX TDAP	90, 91		C
BORDERED GAUZE	99	cabergoline	89
bortezomib	35	CABLIVI	99
bosentan	113	CABOMETYX	36
BOSULIF	36	cal-gest antacid	119
BRAFTOVI	36	calcipotriene	69
BREO ELLIPTA	113	calcitonin (salmon)	96
BREZTRI AEROSPHERE	113	calcitriol	96

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



calcium acetate(phosphat bind)	71	carteolol	110
calcium antacid	120	cartia xt.....	62
calcium carbonate	120	carvedilol	62
calcium carbonate-vitamin d3	120	caspofungin	31
CALQUENCE	36	CAYSTON	113
camila	82	caziant (28)	82
camrese lo	82	cefaclor.....	19
candesartan	62	cefadroxil	19
candesartan-hydrochlorothiazid	62	cefazolin.....	19
CAPASTAT	34	cefazolin in dextrose (iso-os)	19
CAPLYTA	47	cefdinir	19, 20
CAPRELSA.....	36	cefepime	20
capsaicin	120	cefixime	20
captopril	62	cefotaxime	20
captopril-hydrochlorothiazide	62	cefotetan	20
CARBAGLU	71	cefoxitin	20
carbamazepine	24	cefoxitin in dextrose, iso-osm	20
carbidopa-levodopa	46	cefpodoxime	20
carbidopa-levodopa-entacapone	46	cefprozil	20
carboplatin	36	ceftazidime	20
CAREFINE PEN NEEDLE	99	ceftazidime in d5w	20
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD	99	ceftriaxone	20
CARETOUCH INSULIN SYRINGE	99	cefuroxime axetil	20
CARETOUCH PEN NEEDLE	99	cefuroxime sodium	20
carisoprodol	115	CELLCEPT	91
carmustine	36	CELLCEPT INTRAVENOUS	91

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



CELONTIN	24	chlorothiazide sodium	62
cephalexin	20	chlorpromazine	47
CERDELGA	77	chlorthalidone	62
CEREZYME	77	CHOLBAM	77
cetirizine	120	cholestyramine (with sugar)	62
CHANTIX	18	cholestyramine light	62
CHANTIX CONTINUING MONTH BOX	18	CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMAN	81
CHANTIX STARTING MONTH BOX	18	cyclodan	31
chateal eq (28)	82	ciclopirox	31
CHEMET	71	cilostazol	59
CHENODAL	75	CIMDUO	50
child allergy relf(cetirizine)	120	cimetidine	75
child mucus relief expectorant	120	cimetidine hcl	75
child's all day allergy(cetir)	120	cinacalcet	96
children's acetaminophen	120	ciprofloxacin hcl	20
children's allergy (diphenhyd)	120	ciprofloxacin in 5 % dextrose	20
children's cetirizine	120	cisplatin	36
children's pain relief	120	citalopram	28
children's pain-fever relief	120	citrucel	120
children's silapap	120	CITRUCEL (SUCROSE)	120
children's wal-zyr	120	CITRUCEL SUGAR FREE	120
CHILDREN'S ZYRTEC ALLERGY	120	cladribine	36
chloramphenicol sod succinate	20	clarithromycin	20
chlorhexidine gluconate	69	clearlax	120
chloroquine phosphate	45	CLICKFINE PEN NEEDLE	99
chlorothiazide	62	clindamycin hcl	20

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



clindamycin in 0.9 % sod chlor	20	clobetasol	79
clindamycin in 5 % dextrose	20	clobetasol-emollient	79
clindamycin pediatric	20	clofarabine	36
clindamycin phosphate	20, 21	CLOLAR	36
CLINIMIX E 2.75%/D10W SUL FREE	71	clomipramine	28
CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE	71	clonazepam	54
CLINIMIX E 4.25%/D25W SUL FREE	71	clonidine	62
CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE	72	clonidine hcl	62
CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE	72	clopidogrel	59
CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE	72	clorazepate dipotassium	54
CLINIMIX E 5%/D25W SULFIT FREE	72	clotrimazole	31, 120
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE	72	clotrimazole-betamethasone	31, 32
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE	72	clotrimazole-3	120
CLINIMIX 2.75%/D5W SULFIT FREE	71	clovique	72
CLINIMIX 4.25%-D20W SULF-FREE	71	clozapine	47
CLINIMIX 4.25%-D25W SULF-FREE	71	COARTEM	45
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE	71	COLACE	120
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE	71	COLACE CLEAR	120
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE)	71	COLACE 2-IN-1	120
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE	71	COLCRYS	33
CLINIMIX 5%/D25W SULFITE-FREE	71	colestipol	62
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE)	71	colistin (colistimethate na)	21
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE)	71	colocort	95
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE)	71	COMBIGAN	110
CLINOLIPID	72	COMBIPATCH	83
clobazam	24	COMBIVENT RESPIMAT	113

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



COMETRIQ	36	cryselle (28)	83
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE	99	CRYSVITA	77
COMFORT EZ PEN NEEDLES	99	CURITY ALCOHOL SWABS	100
COMPLERA	50	CURITY GAUZE	100
complete allergy	120	cyanocobalamin (vitamin b-12)	116
complete allergy medicine	121	cyclafem 1/35 (28)	83
compro	30	cyclafem 7/7/7 (28)	83
constulose	75	cyclobenzaprine	115
COPAXONE	67	cyclophosphamide	36
COPIKTRA	36	cycloserine	34
CORLANOR	62	cyclosporine	91
cormax	79	cyclosporine modified	91
cortisone	79	cyproheptadine	113
COSENTYX	69	CYRAMZA	36
COSENTYX (2 SYRINGES)	69	cyred	83
COSENTYX PEN	69	cyred eq	83
COSENTYX PEN (2 PENS)	69	CYSTADANE	77
COSMEGEN	36	CYSTAGON	77
COTELLIC	36	CYSTARAN	110
cough syrup	121	cytarabine	36
cough syrup dm	121	cytarabine (pf)	36
COUMADIN	59		D
CREON	77	dacarbazine	36
CRESEMBA	32	dactinomycin	36
CRIXIVAN	50	dalfampridine	67
cromolyn	110, 113	DALIRESP	113

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



danazol	83	desoximetasone	79
dantrolene	49	desvenlafaxine succinate	28
dapsone	34	dexamethasone	79
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF)	91	dexamethasone intensol	79
daptomycin	21	dexamethasone sodium phos (pf)	79
DARZALEX	36	dexamethasone sodium phosphate	79, 110
DARZALEX FASPRO	37	dexamethylphenidate	67
dasetta 1/35 (28)	83	dexrazoxane hcl	37
dasetta 7/7/7 (28)	83	dextroamphetamine	67, 68
daunorubicin	37	dextroamphetamine-amphetamine	68
DAURISMO	37	dextromethorphan-guaifenesin	121
deblitane	83	dextrose 10 % and 0.2 % nacl	72
decadron	79	dextrose 10 % in water (d10w)	72
decitabine	37	dextrose 5 % in water (d5w)	72
DELSTRIGO	50	dextrose 5%-0.2 % sod chloride	72
demeclocycline	21	dextrose 5%-0.3 % sod.chloride	72
DEMSER	62	diabetic siltussin das-na	121
DEPEN TITRATABS	72	diabetic siltussin-dm	121
DEPO-ESTRADIOL	83	diabetic siltussin-dm max str	121
DERMACEA	100	DIASTAT ACUDIAL	24
DESCOVY	50	diazepam	24, 54
desipramine	28	diazepam intensol	54
desmopressin	81	diazoxide	55
desog-e.estriadiol/e.estriadiol	83	dibucaine	121
desogestrel-ethynodiol estradiol	83	diclofenac sodium	15, 110
desonide	79	dicloxacillin	21

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



dicyclomine	75	docusol	121
didanosine	50	DOCUSOL KIDS	121
DIFICID	21	DOCUSOL PLUS	121
digitek	62	dofetilide	63
digox	62	DOJOLVI	100
digoxin	62	dok	121
dihydroergotamine	33	dok plus	121
DILANTIN	24	donepezil	27
DILANTIN EXTENDED	24	doripenem	21
DILANTIN INFATABS	24	dorzolamide	110
DILANTIN-125	24	dorzolamide-timolol	110
dilt-xr	63	dotti	83
diltiazem hcl	63	DOVATO	50
diphedryl	121	doxazosin	63
diphenhist	121	doxepin	55
diphenhydramine hcl	113, 121	doxercalciferol	96
diphenoxylate-atropine	75	doxorubicin	37
dipyridamole	59	doxorubicin, peg-liposomal	37
disulfiram	18	doxy-100	21
DIURIL	63	doxycycline hyclate	21
divalproex	24, 25	doxycycline monohydrate	21
DOCEFREZ	37	driminate	121
docetaxel	37	DRIZALMA SPRINKLE	29
docu	121	dronabinol	30
docusate sodium	121	DROPLET INSULIN SYR HALF UNIT	100
docsil	121	DROPLET INSULIN SYRINGE	100

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



DROPLET MICRON PEN NEEDLE	100	EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR	101
DROPLET PEN NEEDLE	100	EASY TOUCH INSULIN SYRINGE	101
DROPSAFE PEN NEEDLE	100	EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN	101
drospirenone-ethinyl estradiol	83	EASY TOUCH PEN NEEDLE	101
DROXIA	37	EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE	101
DUAVEE	83	EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN	101
duloxetine	29	EASY TOUCH UNI-SLIP	101
DUPIXENT PEN	113	ec-naproxen	15
DUPIXENT SYRINGE	113	econazole	32
DUREZOL	110	econtra ez	121
dutasteride	78	ed-apap	121
d10 %-0.45 % sodium chloride	72	EDURANT	51
d2.5 %-0.45 % sodium chloride	72	efavirenz	51
d5 % and 0.9 % sodium chloride	72	efavirenz-emtricitabin-tenofov	51
d5 %-0.45 % sodium chloride	72	efavirenz-lamivu-tenofov disop	51
E			
ear drops (carbamide peroxide)	121	EGRIFTA	81
ear drops otc	121	EGRIFTA SV	81
EASY COMFORT ALCOHOL PAD	100	electrolyte-48 in d5w	72
EASY COMFORT INSULIN SYRINGE	100	EELYSO	77
EASY COMFORT PEN NEEDLES	100	elinest	83
EASY GLIDE INSULIN SYRINGE	100	ELIQUIS	59
EASY GLIDE PEN NEEDLE	100	ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START	59
EASY TOUCH	101	ELLA	83
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS	101	ELMIRON	78
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN	101	ELZONRIS	37
EASY TOUCH PEN NEEDLE	101	EMBEDA	15

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



EMCYT	37	entecavir	51
EMGALITY PEN	101	ENTRESTO	63
EMGALITY SYRINGE	101	enulose	75
emoquette	83	ENVARSUS XR	91
EMPLICITI	37	EPCLUSA	51
EMSAM	29	EPIDIOLEX	25
emtricitabine	51	epinephrine	113
emtricitabine-tenofovir (tdf)	51	epirubicin	37
EMTRIVA	51	epitol	25
enalapril maleate	63	EPIVIR HBV	51
enalapril-hydrochlorothiazide	63	EQUETRO	25
ENBREL	91	ERAXIS(WATER DILUENT)	32
ENBREL MINI	91	ERBITUX	37
ENBREL SURECLICK	91	ergocalciferol (vitamin d2)	116, 121
endocet	15	ergotamine-caffeine	33
enema	121	ERIVEDGE	37
enema disposable	121	ERLEADA	37
ENEMEEZ	121	erlotinib	37
ENEMEEZ PLUS	121	errin	83
ENGERIX-B (PF)	91	ertapenem	21
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF)	91	ERWINAZE	37
ENHERTU	37	ery pads	21
enoxaparin	59	ERYTHROCIN	21
enpresse	83	erythromycin	21
enskyce	83	erythromycin with ethanol	21
entacapone	46	ESBRIET	113

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



escitalopram oxalate	29	famotidine	75, 122
esomeprazole magnesium	75	famotidine (pf)	75
estradiol	83	famotidine (pf)-nacl (iso-os)	76
estradiol valerate	83	FANAPT	47
estradiol-norethindrone acet	83	FARYDAK	37
ethacrylate sodium	63	FASENRA PEN	113
ethambutol	34	FASLODEX	37
ethosuximide	25	felbamate	25
ethynodiol diac-eth estradiol	84	felodipine	63
etodolac	15	femynor	84
ETOPOPHOS	37	fenofibrate	63
etoposide	37	fenofibrate micronized	63
EUTHYROX	88	fenofibrate nanocrystallized	63
everolimus (immunosuppressive)	91	fentanyl	15
EVOMELA	37	fentanyl citrate	15
EVOTAZ	51	fentanyl citrate (pf)	15
EVRYSDI	77	FERAHEME	116
EXCEDRIN EXTRA STRENGTH	122	FERRLECIT	116
EXCEDRIN MIGRAINE	122	ferrous sulfate	122
EXEL INSULIN	102	FETZIMA	29
exemestane	37	FEVERALL	122
EXJADE	72	FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN	55
ezetimibe	63	FIASP PENFILL U-100 INSULIN	55
F		FIASP U-100 INSULIN	55
falmina (28)	84	fiber (calcium polycarbophil)	122
famciclovir	51	fiber laxative (ca polcarbo)	122

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



FIBER THERAPY (M-CELL/SUGAR)	122	fluocinonide-e	80
fiber therapy (m-cellulose)	122	fluocinonide-emollient	80
fiber-lax	122	fluorometholone	110
finasteride	78	fluorouracil	38, 69
FINTEPLA	25	fluoxetine	29
FIRDAPSE	68	fluphenazine decanoate	47
FIRMAGON	89	fluphenazine hcl	47, 48
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE	89	flurbiprofen	15
flavoxate	78	flurbiprofen sodium	110
flecainide	63	flutamide	38
FLEET ENEMA	122	fluticasone propion-salmeterol	113
fleet glycerin (adult)	122	fluticasone propionate	80, 114
fleet glycerin (child)	122	fluvoxamine	29
FLEET GLYCERIN LAXATIVE	122	folic acid	116
FLEET PEDIATRIC	122	FOLOTYN	38
FLOVENT DISKUS	113	fondaparinux	59
FLOVENT HFA	113	formula em	122
fluconazole	32	FORTEO	96
fluconazole in nacl (iso-osm)	32	fosamprenavir	51
flucytosine	32	fosinopril	63
fludarabine	37	fosinopril-hydrochlorothiazide	63
fludrocortisone	79	fosphénytoin	25
flunisolide	113	FREESTYLE PRECISION	102
fluocinolone	80	FULPHILA	60
fluocinolone and shower cap	80	fulvestrant	38
fluocinonide	80	furosemide	63

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



FUZEON	51	gentamicin	21
FYCOMPA	25	gentamicin in nacl (iso-osm)	21
G			
gabapentin	25	genteal tears mild	122
galantamine	27, 28	GENTEAL TEARS MODERATE	122
GALZIN	116	gentle laxative (bisacodyl)	122
GAMUNEX-C	91	GENVOYA	51
ganciclovir sodium	51	GEODON	48
GARDASIL 9 (PF)	91	gianvi (28)	84
GATTEX ONE-VIAL	76	GILENYA	68
GATTEX 30-VIAL	76	GILOTRIF	38
GAUZE BANDAGE	102	GLASSIA	77
GAUZE PAD	102	glatiramer	68
gavilax	122	glatopa	68
gavilyte-c	76	GLEOSTINE	38
gavilyte-g	76	glimepiride	56
gavilyte-n	76	glipizide	56
GAVISCON	122	glipizide-metformin	56
GAVISCON EXTRA STRENGTH	122	GLUCAGEN HYPOKIT	56
GAVRETO	38	glyburide	56
GAZYVA	38	glyburide micronized	56
gemcitabine	38	glyburide-metformin	56
gemfibrozil	63	glycopyrrolate	76
generlac	76	GLYXAMBI	56
genograf	91	granisetron (pf)	30
gentak	21	granisetron hcl	30
		griseofulvin microsize	32

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



griseofulvin ultramicrosize	32	heather	84
guaifenesin	122	HECTOROL	96
guanfacine	63	heparin (porcine)	60
guanidine	34	heparin, porcine (pf)	60
GVOKE HYPOPEN 1-PACK	56	HEPATAMINE 8%	72
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	56	HERCEPTIN	38
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE	56	HERCEPTIN HYLECTA	38
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE	56	HETLIOZ	116
H			
		HIBERIX (PF)	92
HAEGARDA	91	HUMIRA	92
hailey	84	HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START	92
hailey fe 1.5/30 (28)	84	HUMIRA PEN	92
hailey fe 1/20 (28)	84	HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START	92
hailey 24 fe	84	HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS	92
HALAVEN	38	HUMIRA(CF)	92
haloperidol	48	HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER	92
haloperidol decanoate	48	HUMIRA(CF) PEN	92
haloperidol lactate	48	HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS	92
HARVONI	51	HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS	92
HAVRIX (PF)	92	hydralazine	64
headache relief (asa-acet-caf)	122	hydrochlorothiazide	64
HEALTHWISE INSULIN SYRINGE	102	hydrocodone-acetaminophen	15, 16
HEALTHWISE PEN NEEDLE	102	hydrocodone-ibuprofen	16
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP	102	hydrocortisone	80, 95, 122,
healthylax	122	123
heartburn relief (famotidine)	122	hydrocortisone acetate	123
		hydrocortisone valerate	80

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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-acetic acid	112	imiquimod	69
hydrocortisone-aloe vera	123	IMLYGIC	39
hydromorphone	16	IMOVAZ RABIES VACCINE (PF)	92
hydromorphone (pf)	16	incassia	84
hydroxocobalamin	116	INCONTROL ALCOHOL PADS	102
hydroxychloroquine	45	INCONTROL PEN NEEDLE	102
hydroxyurea	38	INCRELEX	81
hydroxyzine hcl	55	INCRUSE ELLIPTA	114
hydroxyzine pamoate	114	indapamide	64
I		indomethacin	16
IBRANCE	38	INFANRIX (DTAP) (PF)	92
ibu	16	infant pain reliever	123
ibu-200	123	infants' pain and fever	123
ibuprofen	16, 123	infants' pain relief	123
ibuprofen ib	123	INFED	116
ICLUSIG	38	INFUVITE PEDIATRIC	117
idarubicin	38	INJECTAFER	117
IDHIFA	38	INLYTA	39
ifosfamide	38	INQOVI	39
ILEVRO	110	INREBIC	39
imatinib	38	INSULIN SYR/NDL U100 HALF MARK	102
IMBRUVICA	38	INSULIN SYRINGE	102
IMFINZI	38	INSULIN SYRINGE MICROFINE	102
imipenem-cilastatin	21	INSULIN SYRINGE NEEDLELESS	102
imipramine hcl	29	INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100	103
imipramine pamoate	29	INSUPEN	103

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



INTELENCE	51	isosorbide mononitrate	64
INTRALIPID	72	isotretinoin	69
INTRON A	51	isradipine	64
introvale	84	ISTODAX	39
INVEGA SUSTENNA	48	itraconazole	32
INVEGA TRINZA	48	IV PREP WIPES	103
INVIRASE	51	ivermectin	45
INVOKAMET	56	IXEMPRA	39
INVOKAMET XR	56	IXIARO (PF)	92
INVOKANA	56		J
IONOSOL-B IN D5W	72	JADENU	72
IONOSOL-MB IN D5W	72	JAKAFI	39
IPOL	92	jantoven	60
ipratropium bromide	114	JANUMET	56
ipratropium-albuterol	114	JANUMET XR	56
irbesartan	64	JANUVIA	56
irbesartan-hydrochlorothiazide	64	JARDIANC	56
IRESSA	39	jasmiel (28)	84
irinotecan	39	jencycla	84
ISENTRESS	51, 52	JENTADUETO	56
ISENTRESS HD	52	JENTADUETO XR	56, 57
isibloom	84	JEVTANA	39
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE	72	juleber	84
ISOLYTE-S	72	JULUCA	52
isoniazid	34	junel fe 1.5/30 (28)	84
isosorbide dinitrate	64	junel fe 1/20 (28)	84

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



junel fe 24	84	klor-con m20	73
junel 1.5/30 (21)	84	KLOR-CON 10	72
junel 1/20 (21)	84	KLOR-CON 8	73
	K		
		konsyl (sugar)	123
KABIVEN	72	KONSYL FORMULA-D	123
KADCYLA	39	KONSYL SUGAR-FREE	123
KALETRA	52	KORLYM	103
kalliga	84	KOSELUGO	39
KALYDECO	114	KRINTAFEL	45
KANJINTI	39	kurvelo (28)	84
kao-tin (bismuth subsalicylat)	123	KUVAN	77
kao-tin (docusate calcium)	123	KYPROLIS	39
kariva (28)	84		L
kelnor 1-50 (28)	84	lnorgest/e.estriadiol-e.estrad	84
kelnor 1/35 (28)	84	labetalol	64
ketoconazole	32	lactated ringers	73, 103
ketoprofen	16	lactulose	76
ketorolac	16, 110	lamisil at	123
KEVZARA	92, 93	lamivudine	52
KEYTRUDA	39	lamivudine-zidovudine	52
KINRIX (PF)	93	lamotrigine	25
kionex (with sorbitol)	72	LAMPIT	45
KISQALI	39	lansoprazole	76
KISQALI FEMARA CO-PACK	39	LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN	57
klor-con m10	73	LANTUS U-100 INSULIN	57
KLOR-CON M15	73	larin fe 1.5/30 (28)	84

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



larin fe 1/20 (28)	84	levocarnitine (with sugar)	73
larin 1.5/30 (21)	84	levocetirizine	114
larin 1/20 (21)	84	levofloxacin	21
larin 24 fe	84	levofloxacin in d5w	22
larissia	84	levoleucovorin calcium	40
LARTRUVO	39	levonest (28)	84
latanoprost	110	levonorg-eth estrad triphasic	85
LATUDA	48	levonorgestrel-ethinyl estrad	85
laxative (bisacodyl)	123	levora-28	85
laxative (sennosides)	123	levothyroxine	88
ledipasvir-sofosbuvir	52	LEVOXYL	88
leflunomide	93	LEXIVA	52
LENVIMA	39, 40	LIBTAYO	40
lessina	84	lice killing	123
LETAIRIS	114	lice treatment	123
letrozole	40	lice treatment (permethrin)	123
leucovorin calcium	40	lidocaine	17, 123
LEUKERAN	40	lidocaine hcl	17
leuprolide	89	lidocaine viscous	17
LEVEMIR FLEXTOUCH U-100 INSULN	57	lidocaine-prilocaine	17
LEVEMIR U-100 INSULIN	57	lillow (28)	85
levetiracetam	25, 26	lincomycin	22
levetiracetam in nacl (iso-os)	26	lindane	45
LEVO-T	88	linezolid	22
levobunolol	110	linezolid in dextrose 5%	22
levocarnitine	73	linezolid-0.9% sodium chloride	22

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



LINZESS	76	lubricant eye	123
liothyronine	88	LUMIGAN	110
liquitears	123	LUMIZYME	77
lisinopril	64	LUMOXITI	40
lisinopril-hydrochlorothiazide	64	LUPRON DEPOT	89
LITE TOUCH INSULIN PEN NEEDLES	103	LUPRON DEPOT (3 MONTH)	89
LITE TOUCH INSULIN SYRINGE	103	LUPRON DEPOT (4 MONTH)	89
lithium carbonate	55	LUPRON DEPOT (6 MONTH)	89
lithium citrate	55	LUPRON DEPOT-PED	89
LITHOSTAT	103	LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH)	89
lo-zumandimine (28)	85	lutera (28)	85
lojaimiess	85	lyllana	85
LOKELMA	73	LYNPARZA	40
LONSURF	40	LYSODREN	88
loperamide	123	lyza	85
lopinavir-ritonavir	52		M
loratadine	123	M-M-R II (PF)	93
lorazepam	55	m-natal plus	73
lorazepam intensol	55	MAG-AL PLUS	123
LORBRENA	40	mag-al plus extra strength	123
loryna (28)	85	MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG	103
losartan	64	MAGELLAN SYRINGE	103
losartan-hydrochlorothiazide	64	MAGNEBIND 300	123
lovastatin	64	magnesium oxide	124
low-ogestrel (28)	85	magnesium sulfate in d5w	73
loxapine succinate	48	magnesium sulfate in water	73

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



malathion	45	MEPHYTON	117
mapap (acetaminophen)	124	mercaptopurine	40
mapap extra strength	124	meropenem	22
maprotiline	29	meropenem-0.9% sodium chloride	22
marlissa (28)	85	mesalamine	95
MARPLAN	29	MESNEX	40
MARQIBO	40	metaproterenol	114
MATULANE	40	metformin	57
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE	104	methadone	16
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE	104	methazolamide	64
MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE	104	methenamine hippurate	22
MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE	104	methergine	104
meclizine	30, 124	methimazole	90
medroxyprogesterone	85	METHITEST	85
mefloquine	45	methocarbamol	115
megestrol	85	methotrexate sodium	93
MEKINIST	40	methotrexate sodium (pf)	93
MEKTOVI	40	methoxsalen	69
meloxicam	16	methyldopa	64
melphalan	40	methyldopa-hydrochlorothiazide	64
melphalan hcl	40	methylgonadine	104
memantine	28	methylphenidate hcl	68
MENACTRA (PF)	93	methylprednisolone	80
MENEST	85	methylprednisolone acetate	80
MENQUADFI (PF)	93	methylprednisolone sodium succ	80
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)	93	metipranolol	110

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



metoclopramide hcl	30	mintox	124
metolazone	64	mintox maximum strength	124
metoprolol succinate	64	mintox plus	124
metoprolol ta-hydrochlorothiaz	64	mirtazapine	29
metoprolol tartrate	64	misoprostol	76
metronidazole	22	mitomycin	40
metronidazole in nacl (iso-os)	22	mitoxantrone	40
metyrosine	64	modafinil	116
mi-acid	124	moexipril	64
miconazole nitrate	124	molindone	48
miconazole 7	124	mometasone	80
miconazole-3	32, 124	MONJUVI	93
MICRODOT INSULIN PEN NEEDLE	104	MONOJECT INSULIN SAFETY SYRING	104
microgestin fe 1.5/30 (28)	85	MONOJECT INSULIN SYRINGE	104
microgestin fe 1/20 (28)	85	MONOJECT SYRINGE	104
microgestin 1.5/30 (21)	85	MONOJECT ULTRA COMFORT INSULIN	104
microgestin 1/20 (21)	85	montelukast	114
microgestin 24 fe	85	morphine	16
midodrine	64	morphine concentrate	16
migraine formula	124	motion relief (meclizine)	124
migraine relief	124	motion sickness (meclizine)	124
mili	85	motion sickness relief	124
milk of magnesia	124	motion-time	124
MINI ULTRA-THIN II	104	MOVANTIK	76
minocycline	22	moxifloxacin	22
minoxidil	64	MOZOBIL	60

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



MULTAQ	65	naproxen sodium	17, 124
mupirocin	22	naratriptan	33
muro 128	124	NARCAN	18
MUSTARGEN	40	nasal decongestant (pseudoeph)	124
MUTAMYCIN	40	NATACYN	32
MVASI	41	nateglinide	57
my way	124	NATPARA	96
MYALEPT	76	natura-lax	124
mycophenolate mofetil	93	natural balance tears	124
mycophenolate mofetil (hcl)	93	natural fiber laxative (sugar)	124
mycophenolate sodium	93	natural fiber laxative therapy	124
MYFORTIC	93	natural veg laxative(sennosid)	124
MYLOTARG	41	nature's tears	124
myorisan	70	nausea relief	124
MYRBETRIQ	78	NAYZILAM	26
myzilra	85	NEBUPENT	45
N			
		necon 0.5/35 (28)	85
nabumetone	17	nefazodone	29
nadolol-bendroflumethiazide	65	neo-polycin	110
nafcillin	22	neo-polycin hc	111
nafcillin in dextrose iso-osm	22	neomycin	22
NAGLAZYME	77	neomycin-bacitracin-poly-hc	111
naloxone	18	neomycin-bacitracin-polymyxin	111
naltrexone	18	neomycin-polymyxin b-dexameth	111
NAMZARIC	28	neomycin-polymyxin-gramicidin	111
naproxen	17	neomycin-polymyxin-hc	111, 112

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NEPHRAMINE 5.4 %	73	NITYR	77
NERLYNX	41	NIVESTYM	60
NEULASTA	60	non-aspirin pain relief	125
NEULASTA ONPRO	60	non-drowsy allergy	125
NEUPOGEN	60	noreth-ethinyl estradiol-iron	85
NEUPRO	46	norethindrone (contraceptive)	85
nevirapine	52	norethindrone ac-eth estradiol	85
NEXAVAR	41	norethindrone acetate	85
niacor	65	norethindrone-e.estradol-iron	86
NICODERM CQ	125	norgestimate-ethinyl estradiol	86
nicorelief	125	norlyda	86
NICORETTE	125	NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE	73
nicotine	125	NORMOSOL-R	73
nicotine (polacrilex)	125	NORMOSOL-R IN 5 % DEXTROSE	73
NICOTROL NS	18	NORMOSOL-R PH 7.4	73
nifedipine	65	NORTHERA	65
nikki (28)	85	nortrel 0.5/35 (28)	86
nilutamide	41	nortrel 1/35 (21)	86
nimodipine	65	nortrel 1/35 (28)	86
NINLARO	41	nortrel 7/7/7 (28)	86
nitixinone	77	nortriptyline	29
nitrofurantoin	22	NORVIR	52
nitrofurantoin macrocrystal	22	NOVOFINE AUTOCOVER	104
nitrofurantoin monohyd/m-cryst	22	NOVOFINE PLUS	104
nitroglycerin	65	NOVOFINE 32	104
NITROSTAT	65	novolin n flexpen	57

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN	57	octreotide acetate	89
novolin r flexpen	57	ODEFSEY	52
NOVOLIN R REGULAR U-100 INSULN	57	ODOMZO	41
novolin 70-30 flexpen u-100	57	OFEV	114
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN	57	ofloxacin	22
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN	57	ogestrel (28)	86
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULN	57	OGIVRI	41
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100	57	olanzapine	48
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN	57	olmesartan	65
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART	57	olmesartan-hydrochlorothiazide	65
NOVOPEN ECHO	104	olopatadine	111
NOVOTWIST	104	omega-3 acid ethyl esters	65
NOXAFIL	32	omeprazole	76
NUBEQA	41	OMNITROPE	81
NUCALA	114	ONCASPAR	41
NUEDEXTA	68	ondansetron	31
NUPLAZID	48	ondansetron hcl	31
NUTRILIPID	73	ondansetron hcl (pf)	31
NUZYRA	22	ONIVYDE	41
NUZYRA (7 DAY WITH LOAD DOSE)	22	ONUREG	41
NUZYRA (7 DAY)	22	opcicon one-step	125
nyamyc	32	OPDIVO	41
nystatin	32	OPSUMIT	114
nystatin-triamcinolone	32	option-2	125
nystop	32	oralone	69
O		ORBACTIV	22

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



ORFADIN	77	pamidronate	96
ORKAMBI	114	PANRETIN	41
orsythia	86	pantoprazole	76
oseltamivir	52	paraplatin	41
OSPHENA	86	paricalcitol	96
oxaliplatin	41	paroex oral rinse	69
oxandrolone	86	paramomycin	22
oxazepam	55	paroxetine hcl	29
oxcarbazepine	26	PASER	34
oxybutynin chloride	78	PAXIL	29
oxycodone	17	PAZEO	111
oxycodone-acetaminophen	17	PEDIA-LAX	125
oxycodone-aspirin	17	pedia-lax stool softener	125
OZEMPIC	57	PEDIARIX (PF)	93
P		PEDVAX HIB (PF)	93
PACERONE	65	peg 3350-electrolytes	76
paclitaxel	41	peg-electrolyte soln	76
PADCEV	41	PEGANONE	26
PAIN AND FEVER	125	PEMAZYRE	41
pain relief (acetaminophen)	125	PEN NEEDLE	104
pain relief extra strength	125	PEN NEEDLE, DIABETIC	105
pain relief regular strength	125	penicillamine	73
pain reliever (acetaminophen)	125	penicillin g potassium	22, 23
pain reliever extra strength	125	penicillin g procaine	23
pain reliever plus	125	penicillin g sodium	23
paliperidone	48	penicillin v potassium	23

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



PENTACEL (PF)	93	PHISIOLYTE	105
PENTAM	45	PHYSIOSOL IRRIGATION	105
pentamidine	45	PIFELTRO	52
pentazocine-naloxone	17	pilocarpine hcl	69, 111
PENTIPS	105	pimecrolimus	70
pentoxifylline	65	pimozide	49
peptic relief	125	pimtrea (28)	86
PERFOROMIST	114	pindolol	65
PERIKABIVEN	73	pink bismuth	125
perindopril erbumine	65	pioglitazone	57
periogard	69	piperacillin-tazobactam	23
PERJETA	41	PIQRAY	41
permethrin	45	pirmella	86
perphenazine	48	piroxicam	17
perphenazine-amitriptyline	29	PLAN B ONE-STEP	125
PERSERIS	48	PLASMA-LYTE A	73
pizerpen-g	23	PLASMA-LYTE 148	73
pharbedryl	125	pnv ob+dha	73
pharbetol	125	podofilox	70
phenelzine	29	POLIVY	41
phenobarbital	26	polycin	111
PHENYTEK	26	polyethylene glycol 3350	125
phenytoin	26	polymyxin b sulf-trimethoprim	111
phenytoin sodium	26	polymyxin b sulfate	23
phenytoin sodium extended	26	POMALYST	41
PHOSPHOLINE IODIDE	111	portia 28	86

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	41	prednisolone	80
posaconazole	32	prednisolone acetate	111
potassium chlorid-d5-0.45%nacl	73	prednisolone sodium phosphate	80, 111
potassium chloride	73	prednisone	80
potassium chloride in lr-d5	73	prednisone intensol	80
potassium chloride in water	74	pregabalin	68
potassium chloride in 0.9%nacl	73	PREMARIN	86
potassium chloride in 5 % dex	73	PREMASOL 10 %	74
potassium chloride-d5-0.2%nacl	74	PREMASOL 6 %	74
potassium chloride-d5-0.3%nacl	74	PRENATABS FA	74
potassium chloride-d5-0.9%nacl	74	prenatal plus (calcium carb)	74
potassium chloride-0.45 % nacl	74	prevalite	65
potassium citrate	74	PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE	105
POTELIGEO	41	previfem	86
povidone-iodine	125	PREZCOBIX	52
pr natal 400	74	PREZISTA	52
pr natal 400 ec	74	PRIFTIN	34
pr natal 430	74	primaquine	45
pr natal 430 ec	74	primidone	26
pramipexole	46	PRIMSOL	23
pramoxine	125	PRO COMFORT ALCOHOL PADS	105
prasugrel	60	PRO COMFORT INSULIN SYRINGE	105
pravastatin	65	PRO COMFORT PEN NEEDLE	105
prazosin	65	probenecid	33
PRED-G	111	probenecid-colchicine	33
PRED-G S.O.P.	111	procainamide	65

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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%	74	PROSHIELD PLUS	126
prochlorperazine	31	protriptyline	29
prochlorperazine edisylate	31	pseudoephedrine hcl	126
prochlorperazine maleate	31	PULMOZYME	114
procto-med hc	80	puralube	126
procto-pak	81	PURE COMFORT ALCOHOL PADS	105
PROCTOFOAM	126	PURE COMFORT PEN NEEDLE	105
proctosol hc	81	PURIXAN	41
proctozone-hc	81	PYLERA	76
PRODIGY INSULIN SYRINGE	105	pyrazinamide	34
progesterone	86	pyridostigmine bromide	34
progesterone micronized	86	pyridoxine (vitamin b6)	117
PROGLYCEM	58		Q
PROGRAF	93	QINLOCK	42
PROLEUKIN	41	QUADRACEL (PF)	93
PROLIA	96	quasense	86
PROMACTA	60	quetiapine	49
promethazine	31	quinapril	66
promethazine-codeine	117	quinapril-hydrochlorothiazide	66
promethazine-phenyleph-codeine	117	quinidine gluconate	66
propafenone	65	quinidine sulfate	66
proparacaine	111	quine sulfate	45
propranolol	65		R
propranolol-hydrochlorothiazid	66	RABAVERT (PF)	93
propylthiouracil	90	raloxifene	86
PROQUAD (PF)	93	ramipril	66
		ranolazine	66

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



rasagiline	46	RETACRIT	60
RAYALDEE	96	RETEVMO	42
ready-to-use enema	126	RETROVIR	53
reclipsen (28)	86	REVCOVI	77
RECOMBIVAX HB (PF)	94	REVLIMID	42
RECTIV	70	REXULTI	49
reese's pinworm medicine	126	REYATAZ	53
REFRESH LACRI-LUBE	126	RHOPRESSA	111
REFRESH P.M.	126	ribavirin	53
REGRANEX	70	RIDAURA	94
REGULOID (PSYLLIUM HUSK-SUCRO)	126	rifabutin	34
reguloid, sugar free	126	rifampin	34
RELENZA DISKHALER	52	RIFATER	34
RELION NEEDLES	105	riluzole	68
RELION PEN NEEDLES	105	rimantadine	53
RELISTOR	76	ringer's	74, 105
REMEDY ANTIFUNGAL	126	RINVOQ	94
REMEDY NUTRASHIELD SKIN PROTEC	126	risedronate	96
RENELA	74	RISPERDAL CONSTA	49
repaglinide	58	risperidone	49
REPATHA PUSHTRONEX	66	ritonavir	53
REPATHA SURECLICK	66	RITUXAN	42
REPATHA SYRINGE	66	RITUXAN HYCELA	42
SCRIPTOR	52	rivastigmine tartrate	28
RESTASIS	111	rizatriptan	33
RESTASIS MULTIDOSE	111	robafen	126

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



robafen dm	126	SANDIMMUNE	94
robafen dm cough	126	SANDOSTATIN LAR DEPOT	89
robafen dm cough-chest congest	126	SANTYL	70
ROCKLATAN	111	SAPHRIS	49
romidepsin	42	sapropterin	78
ropinirole	46	SARCLISA	42
rosuvastatin	66	SAVELLA	68
ROTARIX	94	scopolamine base	31
ROTATEQ VACCINE	94	SECUADO	49
roweepra	26	selegiline hcl	46
roweepra xr	26	SELZENTRY	53
ROZLYTREK	42	senna	126
RUBRACA	42	senna lax	126
RUCONEST	94	senna laxative	126
rufinamide	26	senna leaf	126
RUKOBIA	53	senna plus	126
RULOX	126	senna-s	126
RUXIENCE	42	senna-time s	126
RUZURGI	68	sennosides-docusate sodium	126
RYBELSUS	58	SENOKOT	126
RYDAPT	42	SENOKOT EXTRA STRENGTH	126
S		SENOKOT-S	126
SAFESNAP INSULIN SYRINGE	105	SENSIPAR	96
SAFETY PEN NEEDLE	105	SEREVENT DISKUS	114
SAMSCA	74	sertraline	29, 30
SANCUSO	31	setlakin	86

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



sevelamer carbonate	74	sodium chloride 5 %	74
sharobel	86	sodium ferric gluconat-sucrose	117
SHINGRIX (PF)	94	sodium lactate	75
SIGNIFOR	89	sodium phenylbutyrate	78
SILACE	126	sodium polystyrene (sorb free)	75
siladryl sa	126	sodium polystyrene sulfonate	75
sildenafil (pulm.hypertension)	114	sofosbuvir-velpatasvir	53
siltussin dm das	126	SOLIQUA 100/33	58
siltussin sa	126	SOLTAMOX	42
siltussin-dm	127	SOLU-MEDROL	81
silver sulfadiazine	23	SOLU-MEDROL (PF)	81
simliya (28)	86	SOMATULINE DEPOT	89
SIMULECT	94	SOMAVERT	89
simvastatin	66	SORBITOL	127
sirolimus	94	sorine	66
SIRTURO	34	sotalol	66
SIVEXTRO	23	sotalol af	66
SKYRIZI	70	SPIRIVA RESPIMAT	114
SLYND	86	SPIRIVA WITH HANDIHALER	114
SMOFLIPID	74	spironolacton-hydrochlorothiaz	66
sodium bicarbonate	74, 127	spironolactone	66
SODIUM BICARBONATE (BULK)	127	sprintec (28)	86
sodium chloride	74, 105,	SPRITAM	26
.....	127	SPRYCEL	42
sodium chloride 0.45 %	74	SPS (WITH SORBITOL)	75
sodium chloride 0.9 %	74	sronyx	86
sodium chloride 3 %	74		

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



SSD	23	sulfacetamide-prednisolone	111
stavudine	53	sulfadiazine	23
STELARA	70	sulfamethoxazole-trimethoprim	23
STIMATE	82	sulfasalazine	95
STIOLTO RESPIMAT	114	sulindac	17
STIVARGA	42	sumatriptan	33
stomach relief	127	sumatriptan succinate	33
stomach relief max strength	127	suphedrin	127
stomach relief original	127	SUPRAX	23
stool softener	127	SUPREP BOWEL PREP KIT	76
stool softener (docusate cal)	127	SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS	105
stool softener-laxative	127	SURE COMFORT INS. SYR. U-100	105
stool softener-stimulant laxat	127	SURE COMFORT INSULIN SYRINGE	106
STRENSIQ	78	SURE COMFORT PEN NEEDLE	106
streptomycin	23	SURE-FINE PEN NEEDLES	106
STRIBILD	53	SURE-JECT INSULIN SYRINGE	106
STRIVERDI RESPIMAT	115	SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS	106
subvenite	26	SUTENT	42
subvenite starter (blue) kit	26	swim ear	127
subvenite starter (green) kit	26	syeda	86
subvenite starter (orange) kit	26	SYLATRON	53
SUCRAID	78	SYLVANT	94
sucralfate	76	SYMBICORT	115
sudogest	127	SYMFI	53
sulfacetamide sodium	23	SYMFILO	53
sulfacetamide sodium (acne)	23	SYMJEPI	115

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



SYMLINPEN 120	58	tazarotene	70
SYMLINPEN 60	58	TAZORAC	70
SYMPAZAN	26	taztia xt	66
SYMTUZA	53	TAZVERIK	43
SYNAREL	89	TDVAX	94
SYNERCID	23	TECENTRIQ	43
SYNJARDY	58	TECFIDERA	68
SYNJARDY XR	58	TECHLITE INSULIN SYR HALF UNIT	106
SYNRIBO	42	TECHLITE INSULIN SYRINGE	106
SYNTROID	88	TECHLITE PEN NEEDLE	106
SYSTANE NIGHTTIME	127	TEFLARO	23
T		telmisartan	66
TABLOID	42	telmisartan-amlodipine	66
TABRECTA	42	temazepam	116
tacrolimus	70, 94	TEMIXYS	53
tadalafil (pulm. hypertension)	115	TEMODAR	43
TAFINLAR	42	temsirolimus	43
TAGRISSO	42	TENIVAC (PF)	94
TALZENNA	42	tenofovir disoproxil fumarate	53
tamoxifen	42	terazosin	66
tamsulosin	78	terbinafine hcl	32, 127
TARGETIN	42	terconazole	32, 33
tarina fe 1-20 eq (28)	86	TERUMO INSULIN SYRINGE	107
tarina fe 1/20 (28)	86	testosterone	87
tarina 24 fe	86	testosterone cypionate	87
TASIGNA	42	testosterone enanthate	87

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



TETANUS,DIPHTHERIA TOX PED(PF)	94	tizanidine	50
tetrabenazine	68	TOBI PODHALER	115
THALOMID	43	tobramycin	23
theophylline	115	tobramycin sulfate	23
thiamine hcl (vitamin b1)	117	tobramycin-dexamethasone	111
THINPRO INSULIN SYRINGE	107	TOLAK	70
THIOLA	78	tolterodine	78
thioridazine	49	tolvaptan	75
thiotepa	43	TOPCARE CLICKFINE	107
thiothixene	49	TOPCARE ULTRA COMFORT	107
THYROLAR-1	88	topiramate	26, 27
THYROLAR-1/2	88	topotecan	43
THYROLAR-1/4	88	toremifene	43
THYROLAR-2	88	torsemide	66
THYROLAR-3	88	TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR	58
tiadylt er	66	TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN	58
tiagabine	26	TOVIAZ	78
TIBSOVO	43	TPN ELECTROLYTES	75
tigecycline	23	TRACLEER	115
tilia fe	87	TRADJENTA	58
timolol maleate	66, 111	tramadol	17
timolol maleate (pf)	111	tramadol-acetaminophen	17
tinidazole	23	trandolapril	66
tioconazole-1	127	tranexamic acid	60
TIVICAY	53	tranylcypromine	30
TIVICAY PD	53	TRAVASOL 10 %	75

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



TRAVATAN Z	111	tri-vylibra lo	87
travel sickness	127	triamcinolone acetonide	69, 81
TRAVEL SICKNESS (MECLIZINE)	127	triamterene-hydrochlorothiazid	66
travoprost	111	triderm	81
TRAZIMERA	43	trientine	75
trazodone	30	trifluoperazine	49
TREANDA	43	trifluridine	53
TRECATOR	34	trihexyphenidyl	46
TRELEGY ELLIPTA	115	TRIJARDY XR	58
TRELSTAR	89, 90	TRIKAFTA	115
TRESIBA FLEXTOUCH U-100	58	triklo	66
TRESIBA FLEXTOUCH U-200	58	trilyte with flavor packets	76
TRESIBA U-100 INSULIN	58	trimethobenzamide	31
tretinoin	70	trimethoprim	23
tretinoin (antineoplastic)	43	trimipramine	30
TREXALL	94	TRINTELLIX	30
tri-femynor	87	TRIPLE ANTIBIOTIC	127
tri-buffered aspirin	127	triple antibiotic plus	127
tri-legest fe	87	TRISENOX	43
tri-lo-estarrylla	87	TRIUMEQ	53
tri-lo-mili	87	trivora (28)	87
tri-lo-sprintec	87	TRODELVY	43
tri-mili	87	TROGARZO	53
tri-previfem (28)	87	TROPHAMINE 10 %	75
tri-sprintec (28)	87	TROPHAMINE 6%	75
tri-vylibra	87	TRUE COMFORT ALCOHOL PADS	107

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE	107	ULTICARE	107
TRUE COMFORT PEN NEEDLE	107	ULTICARE INSULIN SYR HALF UNIT	107
TRUEPLUS INSULIN	107	ULTICARE INSULIN SYRINGE	108
TRUEPLUS PEN NEEDLE	107	ULTICARE PEN NEEDLE	108
TRULICITY	58	ULTIGUARD SAFE PACK	108
TRUMENBA	94	ULTILET ALCOHOL SWAB	108
TRUVADA	53	ULTILET INSULIN SYRINGE	108
TRUXIMA	43	ULTILET PEN NEEDLE	108
TUKYSA	43	ULTRA CMFT INS SYR HALF UNIT	108
tulana	87	ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE	108
TUMS	127	ULTRA FLO INSULIN SYRINGE	108
TUMS E-X	127	ULTRA FLO PEN NEEDLE	108
TUMS EXTRA STRENGTH SMOOTHIES	127	ULTRA THIN PEN NEEDLE	108
TURALIO	43	ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR	109
tusnel diabetic	127	ULTRA-THIN II (SHORT) PEN NDL	109
tussin dm	127	ULTRA-THIN II INS PEN NEEDLES	109
tussin dm clear	127	ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE	109
tussin dm max	128	ULTRACARE INSULIN SYRINGE	109
tussin mucus-chest congestion	128	ULTRACARE PEN NEEDLE	109
TWINRIX (PF)	94	UNIFINE PENTIPS	109
TYBLUME	87	UNIFINE PENTIPS MAXFLOW	109
TYBOST	53	UNIFINE PENTIPS PLUS	109
TYKERB	43	UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW	109
TYPHIM VI	94	UNIFINE SAFECONTROL	109
U		UNITHYROID	88
UDENYCA	60	UNITUXIN	43

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



ursodiol	76	venlafaxine	30
UVADEX	70	VENOFER	117
V			
		VENTOLIN HFA	115
valacyclovir	53	verapamil	67
VALCHLOR	43	VERIFINE PEN NEEDLE	109
valganciclovir	54	VERIPRED 20	81
valproate sodium	27	VERSACLOZ	49
valproic acid	27	VERZENIO	43
valproic acid (as sodium salt)	27	VICTOZA 2-PAK	58
valsartan	67	VICTOZA 3-PAK	58
valsartan-hydrochlorothiazide	67	VIDEX EC	54
VALTOCO	27	VIDEX 2 GRAM PEDIATRIC	54
vanadom	116	VIDEX 4 GRAM PEDIATRIC	54
VANAMINE PD	128	vienna	87
vancomycin	23, 24	vigabatrin	27
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE	109	vigadronе	27
VANISHPOINT SYRINGE	109	VIIBRYD	30
VAQTA (PF)	94	VIMPAT	27
VARIVAX (PF)	94	vinblastine	44
VARIZIG	94	vincasar pfs	44
VASCEPA	67	vincristine	44
VECTIBIX	43	vinorelbine	44
VELCADE	43	viorele (28)	87
velivet triphasic regimen (28)	87	VIRACEPT	54
VENCLEXTA	43	VIRAMUNE	54
VENCLEXTA STARTING PACK	43	VIREAD	54

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



VISTOGARD	109	XALKORI	44
vitamin d2	117	XARELTO	60
vitamin k1	117	XARELTO DVT-PE TREAT 30D START	60
VITRAKVI	44	XATMEP	95
vits a and d-white pet-lanolin	128	XCOPRI	27
VIVITROL	18	XCOPRI MAINTENANCE PACK	27
VIZIMPRO	44	XCOPRI TITRATION PACK	27
volnea (28)	87	XELJANZ	95
voriconazole	33	XGEVA	96
VOSEVI	54	XIFAXAN	76, 77
VOTRIENT	44	XOFLUZA	54
VRAYLAR	49	XOLAIR	95
vylibra	87	XOSPATA	44
VYNDAMAX	67	XPOVIO	44
VYNDAQEL	67	XTAMPZA ER	17
VYXEOS	44	XTANDI	44
W		XULTOPHY 100/3.6	59
wal-zyr (cetirizine)	128	XYREM	116
warfarin	60	Y	
water for irrigation, sterile	109	YERVOY	44
WEBCOL	110	YF-VAX (PF)	95
WELCHOL	67	YONDELIS	44
wera (28)	87	yuvafem	87
WINRHO SDF	95	Z	
wixela inhub	115	zafirlukast	115
wymzya fe	87	ZALTRAP	44
X		ZANOSAR	44

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite Humana.com.



zarah	87	ZYDELIG	44
ZARXIO	61	ZYKADIA	44, 45
ZEJULA	44	ZYPREXA RELPREVV	49
ZELBORA <small>F</small>	44	1ST TIER UNIFINE PENTIPS	97
zenatane	70	1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS	97
ZEPZELCA	44	3 day vaginal	117
ZERBAXA	24	3-day vaginal	117
zidovudine	54		
ZIEXTENZO	61		
zinc oxide	128		
ziprasidone hcl	49		
ziprasidone mesylate	49		
ZIRABEV	44		
ZIRGAN	54		
zoledronic acid	96		
zoledronic acid-mannitol-water	97		
ZOLINZA	44		
zolpidem	116		
zonisamide	27		
ZORTRESS	95		
ZOSTAVAX (PF)	95		
zovia 1-35 (28)	87		
zovia 1/35e (28)	87		
ZUBSOLV	18		
ZULRESSO	30		
zumandimine (28)	87		

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 14. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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 afección médica

Los medicamentos de esta sección están agrupados en categorías conforme al tipo de afecciones médicas para las cuales se utilizan. Por ejemplo, si tiene una afección cardíaca, debe buscar en la categoría de afecciones relacionadas con el corazón. Allí es donde encontrará los medicamentos que tratan las afecciones del corazón.

Dolor.....	15	Coagulación de la sangre.....	59
Dolor local.....	17	Enfermedades relacionadas con el corazón.....	61
Adicción y abuso de sustancias.....	18	Enfermedades del sistema nervioso.....	67
Infecciones bacterianas.....	18	Enfermedades orales y dentales.....	69
Convulsiones.....	24	Enfermedades de la piel.....	69
Demencia.....	27	Deficiencias de vitaminas.....	70
Depresión.....	28	Enfermedades gastrointestinales.....	75
Nausea y vómitos.....	30	Enfermedades genéticas.....	77
Infecciones por hongos.....	31	Enfermedades de la vejiga y la próstata.....	78
Gota.....	33	Inflamación.....	79
Migrañas.....	33	Reemplazo de la hormona pituitaria.....	81
Miastenia grave.....	34	Desbalance de hormonas sexuales.....	82
Tuberculosis.....	34	Reemplazo de la hormona tiroidea.....	88
Cáncer.....	34	Cáncer suprarrenal.....	88
Infecciones por parásitos.....	45	Enfermedades de la hormona pituitaria.....	89
La enfermedad de Parkinson.....	46	Enfermedades tiroideas hiperactivas.....	90
Enfermedades psicológicas y del estado de ánimo	47	Enfermedades del sistema inmune y vacunas.....	90
		Enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa.....	95
Espasmos musculares.....	49	Enfermedades de los huesos.....	96
Infecciones virales.....	50	Varios.....	97
Ansiedad.....	54	Enfermedades del ojo.....	110
Trastorno bipolar.....	55	Enfermedades del oído.....	112
Diabetes.....	55	Asma y EPOC.....	112

Relajantes musculares.....	115
Trastorno del sueño.....	116
Medicamentos radiológicos no pertenecientes a la Parte D	116
Medicamentos de venta sin receta médica.....	117

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 (телефон: 711)**.

ગુજરાતી (Gujarati): સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિઃશુલ્ક 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): Díí baa akó nínízin: Díí saad bee yánílti'go Diné Bizaad, saad bee áká'ánida'áwo'déé', t'áá jiik'eh, éí ná hólq, koji' hódíílnih **1-800-787-3311 (TTY: 711)**.

العربية (Arabic):

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

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

(Urdu): وڈراؤ

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)**.

Notas

Notas

Notas

FAVOR LEER CON ATENCIÓN: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS PARA ESTE PLAN. ESTE FORMULARIO FUE ACTUALIZADO EL 12/11/2020. 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.[®]