

2023

Lista de medicamentos cubiertos (Formulario)

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

LEER CON ATENCIÓN: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS PARA ESTE PLAN. ESTE FORMULARIO FUE ACTUALIZADO EL 07/11/2023. SI TIENE PREGUNTAS, 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 O VISITE [ESPANOL.HUMANA.COM](https://www.humana.com/espanol).

Humana[®]

Humana Gold Plus Integrated H0336-001 (Plan Medicare-Medicaid) | Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) para 2023

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 Lista de medicamentos cubiertos? (A la Lista de medicamentos cubiertos la llamamos "Lista de medicamentos" para abreviar).	5
B2.	¿La Lista de medicamentos cambia alguna vez?	5
B3.	¿Qué sucede cuando se produce un cambio en la Lista de medicamentos?	6
B4.	¿Existe alguna restricción o límite en la cobertura de medicamentos o alguna medida necesaria para obtener determinados medicamentos?	7
B5.	¿Cómo sabré si el medicamento que quiero tiene limitaciones o si existe alguna medida que deba tomar para obtener el medicamento?	7
B6.	¿Qué sucede si el plan Humana Gold Plus Integrated cambia sus reglas con respecto a algunos medicamentos (por ejemplo, AP o aprobación, límites de cantidad y/o restricciones de terapia por fases)?	7
B7.	¿Cómo puedo buscar un medicamento en la Lista de medicamentos?	8
B8.	¿Qué sucede si el medicamento que quiero utilizar no está en la Lista de medicamentos?	8
B9.	¿Qué sucede si soy un afiliado nuevo de Humana Gold Plus Integrated y no encuentro mi medicamento en la Lista de medicamentos o tengo un problema para obtenerlo?	8
B10.	¿ Puedo solicitar una excepción para que se cubra su medicamento?	10
B11.	¿Cómo puedo solicitar una excepción?	11
B12.	¿Cuánto tiempo lleva obtener una excepción?	11
B13.	¿Qué son los medicamentos genéricos?	11
B14.	¿Qué son los medicamentos OTC?	12
B15.	¿Humana Gold Plus Integrated cubre productos de venta sin receta que no son medicamentos?	12
B16.	¿Cuál es mi copago?	12
B17.	¿Qué son los niveles de medicamentos?	12
C.	Descripción general de la lista de medicamentos cubiertos	13
C1.	Medicamentos agrupados de medicamentos por afección médica	13
D.	Índice de medicamentos cubiertos	125



Humana Gold Plus Integrated (Plan Medicare-Medicaid) | Lista de medicamentos cubiertos (Formulario) para 2023

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 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 13, 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 (consulte la pregunta B5 a continuación).

También puede encontrar una lista actualizada de los medicamentos que cubrimos en nuestro sitio web en **Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated** 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 autorización previa (AP) o aprobación 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 reglas 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.



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 **Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated**.

-
- Siempre puede consultar la Lista de medicamentos actualizada de Humana Gold Plus Integrated en línea en **Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated**.
 - 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. Consulte 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.



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 **Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated**.

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:

- **Autorización previa (AP) o aprobación:** Para algunos medicamentos, usted, su médico u otro profesional que expide la receta deben obtener AP 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 14. También puede obtener más información si visita nuestro sitio web en **Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated**. Hemos publicado documentos en línea que explican nuestras restricciones de autorización previa y terapia por fases. También puede pedirnos que le enviemos 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. Consulte las preguntas B10 a B12 para obtener más información sobre las excepciones.

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

El cuadro de la página 13 tiene una columna denominada "Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso".

B6. ¿Qué sucede si Humana Gold Plus Integrated cambia sus reglas sobre cómo cubrimos algunos medicamentos (por ejemplo, AP o aprobación, límites de cantidad y/o restricciones de terapia por fases)?

En algunos casos, le informaremos con anticipación si añadimos o cambiamos requisitos de AP, límites de cantidad y/o restricciones de terapia por fases para un medicamento. Consulte 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 puedo buscar un medicamento en la Lista de medicamentos?

Hay dos formas de buscar un medicamento:

- Puede buscar por orden alfabético según el nombre del 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 125.

Para buscar por afección médica, busque la sección denominada "Medicamentos agrupados por afección médica" en la página 161. 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 quiero utilizar no está en la Lista de medicamentos?

Si no encuentra 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 pregunte 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 muéstrole 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. Consulte la pregunta B11 para obtener más información sobre las excepciones.

B9. ¿Qué sucede si soy un afiliado nuevo de Humana Gold Plus Integrated y no encuentra mi medicamento en la Lista de medicamentos o tengo 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 AP 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 en que sea afiliado de Humana Gold Plus Integrated.

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 **31 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, **Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated**.

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. ¿Puedo solicitar una excepción para que se cubra mi 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 puedo 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?

Después de que recibamos una declaración del profesional que expide la receta que avale su pedido de excepción, le comunicaremos nuestra decisión en un plazo de 72 horas.

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.

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, **Humana.com/IllinoisGoldPlusIntegrated**.

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 averiguar 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 mi 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. Descripción general de la 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 125. 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. Para obtener más información sobre la Ayuda adicional, consulte el cuadro a continuación.

Ayuda adicional es un programa de Medicare que ayuda a las personas con ingresos y recursos limitados a reducir los costos de los medicamentos recetados de la Parte D de Medicare, como las primas, los deducibles y los copagos. La Ayuda adicional también se llama "Subsidio por bajos ingresos" o "LIS".

- 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.

C1. Medicamentos agrupados 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.

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 periodo 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.

LA = Acceso limitado; El plan de salud ha autorizado a ciertas farmacias a dispensar este medicamento, ya que requiere un manejo adicional, coordinación médica o educación del paciente. Llame al número que figura en el reverso de su tarjeta de identificación para obtener información adicional.

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

AGENTES ÓTICOS - Medicamentos utilizados para tratar las enfermedades que involucran los oídos

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
fluocinolone acetonide oil 0.01 % DROPS MO	\$0 (Nivel 1)	
hydrocortisone-acetic acid 1-2 % DROPS MO	\$0 (Nivel 1)	
neomycin-polymyxin-hc 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-% DROPS, SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 1)	
neomycin-polymyxin-hc 3.5-10,000-1 mg/ml-unit/ml-% SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
ofloxacin 0.3 % DROPS MO	\$0 (Nivel 1)	

AGENTES ANTIDEMENCIA - Medicamentos utilizados para tratar la pérdida de memoria

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
donepezil 10 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
donepezil 10 mg, 5 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
donepezil 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
galantamine 12 mg, 4 mg, 8 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
galantamine 16 mg, 24 mg, 8 mg CAPSULE ER PELLETS 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
galantamine 4 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	QL(200 cada 30 días)
memantine 10 mg, 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(60 cada 30 días)
memantine 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg CAPSULE ER SPRINKLE 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(30 cada 30 días)
memantine 2 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(360 cada 30 días)
memantine 5-10 mg TABLET, DOSE PACK MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(98 cada 30 días)
NAMZARIC 14-10 MG, 21-10 MG, 28-10 MG, 7-10 MG CAPSULE ER SPRINKLE 24 HR. MO	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
NAMZARIC 7/14/21/28 MG-10 MG CAPSULE ER SPRINKLE 24 HR. MO	\$0 (Nivel 2)	QL(28 cada 28 días)
rivastigmine tartrate 1.5 mg, 3 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
rivastigmine tartrate 4.5 mg, 6 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



AGENTES ANTIESPASTICIDAD

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
baclofen 10 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
baclofen 20 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
baclofen 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
dantrolene 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
tizanidine 2 mg, 4 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	

AGENTES ANTIGOTA

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
allopurinol 100 mg, 300 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
colchicine (gout) 0.6 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
MITIGARE 0.6 MG CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
probenecid 500 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
probenecid-colchicine 500-0.5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	

AGENTES ANTIMIASTÉNICOS - Medicamentos utilizados para fortalecer los músculos

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
pyridostigmine bromide 30 mg, 60 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	

AGENTES ANTIMIGRAÑOSOS - Medicamentos utilizados para tratar los dolores de cabeza

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
AIMOVIG AUTOINJECTOR 140 MG/ML AUTO-INJECTOR MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1 cada 30 días)
AIMOVIG AUTOINJECTOR 70 MG/ML AUTO-INJECTOR MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(2 cada 30 días)
dihydroergotamine 0.5 mg/pump act. (4 mg/ml) SPRAY, NON-AEROSOL DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(8 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
dihydroergotamine 1 mg/ml SOLUTION ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	PA
EMGALITY PEN 120 MG/ML PEN INJECTOR ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(2 cada 30 días)
EMGALITY SYRINGE 120 MG/ML SYRINGE ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(2 cada 30 días)
EMGALITY SYRINGE 300 MG/3 ML (100 MG/ML X 3) SYRINGE ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(3 cada 30 días)
EPRONTIA 25 MG/ML SOLUTION ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(480 cada 30 días)
ergotamine-caffeine 1-100 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(40 cada 30 días)
naratriptan 1 mg, 2.5 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(9 cada 30 días)
QULIPTA 10 MG, 30 MG, 60 MG TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
rizatriptan 10 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(12 cada 30 días)
rizatriptan 10 mg, 5 mg TABLET, DISINTEGRATING ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(12 cada 30 días)
rizatriptan 5 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(12 cada 30 días)
sumatriptan 20 mg/actuation, 5 mg/actuation SPRAY, NON-AEROSOL ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(12 cada 30 días)
sumatriptan succinate 100 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(9 cada 30 días)
sumatriptan succinate 25 mg, 50 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(9 cada 30 días)
sumatriptan succinate 4 mg/0.5 ml, 6 mg/0.5 ml CARTRIDGE ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(6 cada 30 días)
sumatriptan succinate 6 mg/0.5 ml PEN INJECTOR ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(6 cada 30 días)
sumatriptan succinate 6 mg/0.5 ml SOLUTION ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(6 cada 30 días)
topiramate 100 mg, 200 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
topiramate 15 mg, 25 mg CAPSULE, SPRINKLE ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
topiramate 25 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
topiramate 50 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)

AGENTES ANTIPARKINSON

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
amantadine hcl 100 mg CAPSULE ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
amantadine hcl 50 mg/5 ml SOLUTION ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
benztropine 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
benztropine 1 mg/ml SOLUTION ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
bromocriptine 2.5 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
carbidopa-levodopa 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	\$0 (Nivel 1)	
carbidopa-levodopa 10-100 mg, 25-250 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
carbidopa-levodopa 25-100 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
carbidopa-levodopa 25-100 mg, 50-200 mg TABLET ER MO	\$0 (Nivel 1)	
carbidopa-levodopa-entacapone 12.5-50-200 mg, 18.75-75-200 mg, 25-100-200 mg, 31.25-125-200 mg, 37.5-150-200 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(240 cada 30 días)
carbidopa-levodopa-entacapone 50-200-200 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
entacapone 200 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(300 cada 30 días)
INBRIJA 42 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(300 cada 30 días)
INBRIJA 42 MG CAPSULE, W/INHALATION DEVICE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(300 cada 30 días)
KYNMOBI 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG FILM DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(150 cada 30 días)
KYNMOBI 10-15-20-25-30 MG FILM DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(150 cada 30 días)
pramipexole 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
rasagiline 0.5 mg, 1 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(30 cada 30 días)
ropinirole 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
selegiline hcl 5 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
selegiline hcl 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
trihexyphenidyl 0.4 mg/ml ELIXIR MO	\$0 (Nivel 1)	
trihexyphenidyl 2 mg, 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	

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

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
acebutolol 200 mg, 400 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
acetazolamide 125 mg, 250 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
acetazolamide 500 mg CAPSULE, ER MO	\$0 (Nivel 1)	
acetazolamide sodium 500 mg RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
aliskiren 150 mg, 300 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
amiloride 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
amiloride-hydrochlorothiazide 5-50 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
amiodarone 100 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
amiodarone 150 mg/3 ml SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
amiodarone 200 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
amiodarone 400 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
amiodarone 50 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
amlodipine 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
amlodipine-benazepril 10-20 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
amlodipine-benazepril 10-40 mg, 5-40 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
amlodipine-valsartan 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
atenolol 100 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
atenolol 25 mg, 50 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
atenolol-chlorthalidone 100-25 mg, 50-25 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
atorvastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
benazepril 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
benazepril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
bisoprolol fumarate 10 mg, 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
bisoprolol-hydrochlorothiazide 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
bumetanide 0.25 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
bumetanide 0.5 mg, 2 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
bumetanide 1 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
CAMZYOS 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 5 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
candesartan 16 mg, 4 mg, 8 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
candesartan 32 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
candesartan-hydrochlorothiazid 16-12.5 mg, 32-12.5 mg, 32-25 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
captopril 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
captopril-hydrochlorothiazide 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
cartia xt 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
cartia xt 300 mg CAPSULE, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
carvedilol 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
chlorothiazide sodium 500 mg RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
chlorthalidone 25 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
chlorthalidone 50 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
cholestyramine (with sugar) 4 gram POWDER MO	\$0 (Nivel 1)	
cholestyramine (with sugar) 4 gram POWDER IN PACKET MO	\$0 (Nivel 1)	
cholestyramine light 4 gram POWDER MO	\$0 (Nivel 1)	
cholestyramine light 4 gram POWDER IN PACKET MO	\$0 (Nivel 1)	
cholestyramine-aspartame 4 gram POWDER IN PACKET MO	\$0 (Nivel 1)	
clonidine 0.1 mg/24 hr, 0.2 mg/24 hr, 0.3 mg/24 hr PATCH, WEEKLY MO	\$0 (Nivel 1)	QL(4 cada 28 días)
clonidine hcl 0.1 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
clonidine hcl 0.2 mg, 0.3 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
colestipol 1 gram TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
colestipol 5 gram GRANULES MO	\$0 (Nivel 1)	QL(1000 cada 30 días)
colestipol 5 gram PACKET MO	\$0 (Nivel 1)	
CORLANOR 5 MG, 7.5 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
DEMSEER 250 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	
digitek 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
digox 125 mcg (0.125 mg), 250 mcg (0.25 mg) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
digoxin 125 mcg (0.125 mg) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
digoxin 250 mcg (0.25 mg) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
dilt-xr 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
diltiazem hcl 100 mg RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
diltiazem hcl 120 mg CAPSULE, ER 12 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
diltiazem hcl 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
diltiazem hcl 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
diltiazem hcl 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
diltiazem hcl 300 mg, 360 mg, 420 mg CAPSULE, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
diltiazem hcl 60 mg, 90 mg CAPSULE, ER 12 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)
DIURIL 250 MG/5 ML SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 2)	
dofetilide 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
doxazosin 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
enalapril maleate 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
enalapril-hydrochlorothiazide 10-25 mg, 5-12.5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
ENTRESTO 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
ethacrynate sodium 50 mg RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ezetimibe 10 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
felodipine 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
fenofibrate 160 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
fenofibrate 54 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
fenofibrate micronized 134 mg, 200 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
fenofibrate micronized 67 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
fenofibrate nanocrystallized 145 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
fenofibrate nanocrystallized 48 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
flecainide 100 mg, 150 mg, 50 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
fluvastatin 20 mg, 40 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	ST,QL(60 cada 30 días)
fluvastatin 80 mg TABLET, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	ST,QL(30 cada 30 días)
fosinopril 10 mg, 20 mg, 40 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
fosinopril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg, 20-12.5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
furosemide 10 mg/ml, 40 mg/5 ml (8 mg/ml) SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
furosemide 20 mg, 40 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
furosemide 80 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
gemfibrozil 600 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
guanfacine 1 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
guanfacine 2 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
hydralazine 10 mg, 100 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
hydralazine 20 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
hydralazine 25 mg, 50 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
hydrochlorothiazide 12.5 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
hydrochlorothiazide 12.5 mg, 25 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
hydrochlorothiazide 50 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
indapamide 1.25 mg, 2.5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
irbesartan 150 mg, 75 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
irbesartan 300 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
irbesartan-hydrochlorothiazide 150-12.5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
irbesartan-hydrochlorothiazide 300-12.5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
isosorbide dinitrate 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
isosorbide mononitrate 10 mg, 20 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
isosorbide mononitrate 120 mg TABLET, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	
isosorbide mononitrate 30 mg, 60 mg TABLET, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
isradipine 2.5 mg, 5 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
KERENDIA 10 MG, 20 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
labetalol 100 mg, 200 mg, 300 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
labetalol 5 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
lisinopril 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
lisinopril 30 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
lisinopril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
losartan 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
losartan-hydrochlorothiazide 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
lovastatin 10 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
lovastatin 20 mg, 40 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
methazolamide 25 mg, 50 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
methyldopa 250 mg, 500 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
methyldopa-hydrochlorothiazide 250-15 mg, 250-25 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
metolazone 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
metoprolol succinate 100 mg, 50 mg TABLET, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
metoprolol succinate 200 mg TABLET, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
metoprolol succinate 25 mg TABLET, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
metoprolol ta-hydrochlorothiaz 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
metoprolol tartrate 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
metoprolol tartrate 37.5 mg, 75 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
metoprolol tartrate 5 mg/5 ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
metyrosine 250 mg CAPSULE DL	\$0 (Nivel 1)	
midodrine 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
minoxidil 10 mg, 2.5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
moexipril 15 mg, 7.5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
MULTAQ 400 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
nebivolol 10 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
nebivolol 2.5 mg, 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
nebivolol 20 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
NEXLETOL 180 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
NEXLIZET 180-10 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
niacin 500 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
niacor 500 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
nifedipine 30 mg, 60 mg, 90 mg TABLET ER MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
nifedipine 30 mg, 60 mg, 90 mg TABLET, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
nimodipine 30 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
nitroglycerin 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.6 mg/hr PATCH, 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
nitroglycerin 0.3 mg, 0.6 mg SUBLINGUAL TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
nitroglycerin 0.4 mg SUBLINGUAL TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
nitroglycerin 0.4 mg/hr PATCH, 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
nitroglycerin 50 mg/10 ml (5 mg/ml) SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
NITROSTAT 0.3 MG, 0.4 MG, 0.6 MG SUBLINGUAL TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	
olmesartan 20 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
olmesartan 40 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
olmesartan 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
olmesartan-hydrochlorothiazide 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
omega-3 acid ethyl esters 1 gram CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
PACERONE 100 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
pacerone 200 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
PACERONE 400 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
pentoxifylline 400 mg TABLET ER MO	\$0 (Nivel 1)	
perindopril erbumine 2 mg, 4 mg, 8 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
pravastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
prazosin 1 mg, 2 mg, 5 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
prevalite 4 gram POWDER MO	\$0 (Nivel 1)	
prevalite 4 gram POWDER IN PACKET MO	\$0 (Nivel 1)	
procainamide 100 mg/ml, 500 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
propafenone 150 mg, 225 mg, 300 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
propafenone 225 mg, 325 mg CAPSULE, ER 12 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
propafenone 425 mg CAPSULE, ER 12 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	
propranolol 1 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
propranolol 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
propranolol 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg CAPSULE, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	
propranolol-hydrochlorothiazid 40-25 mg, 80-25 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
quinapril 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
quinapril-hydrochlorothiazide 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
quinidine sulfate 200 mg, 300 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
ramipril 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
ranolazine 1,000 mg, 500 mg TABLET, ER 12 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
REPATHA PUSHTRONEX 420 MG/3.5 ML WEARABLE INJECTOR MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(3.5 cada 28 días)
REPATHA SURECLICK 140 MG/ML PEN INJECTOR MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(3 cada 28 días)
REPATHA SYRINGE 140 MG/ML SYRINGE MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(3 cada 28 días)
rosuvastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
simvastatin 10 mg, 20 mg, 40 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
simvastatin 5 mg, 80 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
sorine 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
sotalol 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
sotalol af 120 mg, 160 mg, 80 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
spironolacton-hydrochlorothiaz 25-25 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
spironolactone 100 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
spironolactone 25 mg, 50 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
taztia xt 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
taztia xt 300 mg, 360 mg CAPSULE, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
telmisartan 20 mg, 40 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
telmisartan 80 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
telmisartan-amlodipine 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
terazosin 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
tiadylt er 120 mg, 180 mg, 240 mg CAPSULE, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
tiadylt er 300 mg, 360 mg, 420 mg CAPSULE, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
timolol maleate 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
toremide 10 mg, 100 mg, 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
toremide 20 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
trandolapril 1 mg, 2 mg, 4 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
triamterene-hydrochlorothiazid 37.5-25 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
triamterene-hydrochlorothiazid 37.5-25 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
triamterene-hydrochlorothiazid 75-50 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
valsartan 160 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
valsartan 320 mg, 40 mg, 80 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
valsartan-hydrochlorothiazide 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
VASCEPA 0.5 GRAM CAPSULE MO	\$0 (Nivel 2)	QL(240 cada 30 días)
VASCEPA 1 GRAM CAPSULE MO	\$0 (Nivel 2)	QL(120 cada 30 días)
verapamil 100 mg, 120 mg, 180 mg, 200 mg, 240 mg, 300 mg CAPSULE ER PELLETS 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	
verapamil 120 mg, 180 mg, 240 mg TABLET ER MO	\$0 (Nivel 1)	
verapamil 120 mg, 40 mg, 80 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
verapamil 2.5 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
verapamil 360 mg CAPSULE ER PELLETS 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
ZYPITAMAG 2 MG, 4 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	ST,QL(30 cada 30 días)

AGENTES DE ENFERMEDADES ÓSEAS METABÓLICAS

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
alendronate 10 mg, 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
alendronate 35 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(4 cada 28 días)
alendronate 70 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(4 cada 28 días)
calcitonin (salmon) 200 unit/actuation SPRAY, NON-AEROSOL MO	\$0 (Nivel 1)	QL(3.7 cada 28 días)
calcitriol 0.25 mcg, 0.5 mcg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
calcitriol 1 mcg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
cinacalcet 30 mg, 60 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
cinacalcet 90 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
doxercalciferol 0.5 mcg, 1 mcg, 2.5 mcg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
doxercalciferol 4 mcg/2 ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
FORTEO 20 MCG/DOSE (600MCG/2.4ML) PEN INJECTOR DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(2.4 cada 28 días)
HECTOROL 2 MCG/ML SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
ibandronate 150 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(1 cada 28 días)
NATPARA 100 MCG/DOSE, 25 MCG/DOSE, 50 MCG/DOSE, 75 MCG/DOSE CARTRIDGE DL,LA	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(2 cada 28 días)
pamidronate 30 mg/10 ml (3 mg/ml) SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 21 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
pamidronate 60 mg/10 ml (6 mg/ml), 90 mg/10 ml (9 mg/ml) SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	QL(10 cada 21 días)
paricalcitol 1 mcg, 2 mcg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
paricalcitol 2 mcg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	QL(24 cada 30 días)
paricalcitol 4 mcg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	QL(12 cada 30 días)
paricalcitol 5 mcg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	QL(48 cada 28 días)
PROLIA 60 MG/ML SYRINGE MO	\$0 (Nivel 2)	QL(1 cada 180 días)
RAYALDEE 30 MCG CAPSULE, ER 24 HR. DL	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
risedronate 35 mg TABLET, DR/EC MO	\$0 (Nivel 1)	QL(4 cada 28 días)
TYMLOS 80 MCG (3,120 MCG/1.56 ML) PEN INJECTOR DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1.56 cada 30 días)
XGEVA 120 MG/1.7 ML (70 MG/ML) SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1.7 cada 28 días)
zoledronic acid 4 mg RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
zoledronic acid 4 mg/5 ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	QL(15 cada 21 días)
zoledronic acid-mannitol-water 5 mg/100 ml PIGGYBACK MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(100 cada 365 días)

AGENTES DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
balsalazide 750 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
budesonide 3 mg CAPSULE, DR/EC MO	\$0 (Nivel 1)	PA
budesonide 9 mg TABLET, DR/ER MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(30 cada 30 días)
hydrocortisone 100 mg/60 ml ENEMA MO	\$0 (Nivel 1)	
mesalamine 0.375 gram CAPSULE, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
mesalamine 4 gram/60 ml ENEMA MO	\$0 (Nivel 1)	QL(1800 cada 30 días)
sulfasalazine 500 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
sulfasalazine 500 mg TABLET, DR/EC MO	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



AGENTES DE TRATAMIENTO ANTIADICCIÓN/ABUSO DE SUSTANCIAS

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
acamprosate 333 mg TABLET, DR/EC MO	\$0 (Nivel 1)	
buprenorphine hcl 2 mg, 8 mg SUBLINGUAL TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
buprenorphine-naloxone 12-3 mg FILM MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
buprenorphine-naloxone 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg FILM MO	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
bupropion hcl (smoking deter) 150 mg TABLET, ER 12 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
disulfiram 250 mg, 500 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
nalmefene 1 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
naloxone 0.4 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
naloxone 0.4 mg/ml, 1 mg/ml SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
naloxone 4 mg/actuation SPRAY, NON-AEROSOL MO	\$0 (Nivel 1)	QL(2 cada 30 días)
naltrexone 50 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
NICOTROL NS 10 MG/ML SPRAY, NON-AEROSOL MO	\$0 (Nivel 2)	
varenicline 0.5 mg (11)- 1 mg (42) TABLET, DOSE PACK MO	\$0 (Nivel 1)	QL(53 cada 28 días)
varenicline 0.5 mg, 1 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(56 cada 28 días)
VIVITROL 380 MG SUSPENSION, ER, RECON DL	\$0 (Nivel 2)	QL(1 cada 28 días)
ZUBSOLV 0.7-0.18 MG, 1.4-0.36 MG SUBLINGUAL TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
ZUBSOLV 11.4-2.9 MG SUBLINGUAL TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
ZUBSOLV 2.9-0.71 MG, 5.7-1.4 MG SUBLINGUAL TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
ZUBSOLV 8.6-2.1 MG SUBLINGUAL TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 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)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
atomoxetine 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
atomoxetine 100 mg, 60 mg, 80 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
AUSTEDO 12 MG, 9 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
AUSTEDO 6 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
AUSTEDO XR 12 MG, 6 MG TABLET, ER 24 HR. DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(90 cada 30 días)
AUSTEDO XR 24 MG TABLET, ER 24 HR. DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
BETASERON 0.3 MG KIT DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(15 cada 30 días)
COPAXONE 20 MG/ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
COPAXONE 40 MG/ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(12 cada 28 días)
dalfampridine 10 mg TABLET, ER 12 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(60 cada 30 días)
dexmethylphenidate 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 10 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 15 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 20 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 30 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
dextroamphetamine sulfate 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(150 cada 30 días)
dextroamphetamine-amphetamine 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
dextroamphetamine-amphetamine 30 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
dimethyl fumarate 120 mg (14)- 240 mg (46), 240 mg CAPSULE, DR/EC DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(60 cada 30 días)
dimethyl fumarate 120 mg CAPSULE, DR/EC DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(14 cada 30 días)
fingolimod 0.5 mg CAPSULE DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(30 cada 30 días)
FIRDAPSE 10 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(240 cada 30 días)
GILENYA 0.25 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
GILENYA 0.5 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
glatiramer 20 mg/ml SYRINGE DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(30 cada 30 días)
glatiramer 40 mg/ml SYRINGE DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(12 cada 28 días)
glatopa 20 mg/ml SYRINGE DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(30 cada 30 días)
glatopa 40 mg/ml SYRINGE DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(12 cada 28 días)
guanfacine 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg TABLET, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
INGREZZA 40 MG, 60 MG, 80 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
INGREZZA INITIATION PACK 40 MG (7)- 80 MG (21) CAPSULE, DOSE PACK DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
KESIMPTA PEN 20 MG/0.4 ML PEN INJECTOR DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1.2 cada 28 días)
methylphenidate hcl 10 mg TABLET ER MO	\$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)
methylphenidate hcl 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
methylphenidate hcl 20 mg TABLET ER MO	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
NUDEXTA 20-10 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
pregabalin 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
pregabalin 20 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	QL(900 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
pregabalin 200 mg, 25 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
pregabalin 225 mg, 300 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
riluzole 50 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
RUZURGI 10 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(300 cada 30 días)
SAVELLA 100 MG, 12.5 MG, 25 MG, 50 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
SAVELLA 12.5 MG (5)-25 MG(8)-50 MG(42) TABLET, DOSE PACK MO	\$0 (Nivel 2)	QL(55 cada 28 días)
teriflunomide 14 mg, 7 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(30 cada 30 días)
tetrabenazine 12.5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(240 cada 30 días)
tetrabenazine 25 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(120 cada 30 días)
VUMERITY 231 MG CAPSULE, DR/EC DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)

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)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
chlorhexidine gluconate 0.12 % MOUTHWASH MO	\$0 (Nivel 1)	
oralone 0.1 % PASTE MO	\$0 (Nivel 1)	
paroex oral rinse 0.12 % MOUTHWASH MO	\$0 (Nivel 1)	
periogard 0.12 % MOUTHWASH MO	\$0 (Nivel 1)	
pilocarpine hcl 5 mg, 7.5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
triamcinolone acetonide 0.1 % PASTE MO	\$0 (Nivel 1)	

AGENTES DERMATOLÓGICOS - Medicamentos utilizados para tratar enfermedades de la piel

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
acutane 10 mg, 20 mg, 30 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
acutane 40 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
acitretin 10 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(90 cada 30 días)
acitretin 17.5 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(60 cada 30 días)
acitretin 25 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	PA

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
adapalene 0.1 %, 0.3 % GEL MO	\$0 (Nivel 1)	QL(45 cada 30 días)
adapalene 0.3 % GEL WITH PUMP MO	\$0 (Nivel 1)	QL(45 cada 30 días)
ammonium lactate 12 % CREAM MO	\$0 (Nivel 1)	
ammonium lactate 12 % LOTION MO	\$0 (Nivel 1)	
amnesteem 10 mg, 20 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
amnesteem 40 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
betamethasone dipropionate 0.05 % CREAM MO	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
betamethasone dipropionate 0.05 % LOTION MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
betamethasone dipropionate 0.05 % OINTMENT MO	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
betamethasone valerate 0.1 % CREAM MO	\$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)
betamethasone valerate 0.1 % LOTION MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
betamethasone valerate 0.1 % OINTMENT MO	\$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)
betamethasone, augmented 0.05 % CREAM MO	\$0 (Nivel 1)	QL(100 cada 30 días)
betamethasone, augmented 0.05 % GEL MO	\$0 (Nivel 1)	QL(100 cada 30 días)
betamethasone, augmented 0.05 % LOTION MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
betamethasone, augmented 0.05 % OINTMENT MO	\$0 (Nivel 1)	QL(100 cada 30 días)
calcipotriene 0.005 % CREAM MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(120 cada 30 días)
calcipotriene 0.005 % SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
claravis 10 mg, 20 mg, 30 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
claravis 40 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
clindamycin phosphate 1 % GEL MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
clindamycin phosphate 1 % LOTION MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
clindamycin phosphate 1 % SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
clindamycin phosphate 1 % SWAB MO	\$0 (Nivel 1)	
clobetasol 0.05 % CREAM MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
clobetasol 0.05 % GEL MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 28 días)
clobetasol 0.05 % LOTION MO	\$0 (Nivel 1)	QL(240 cada 28 días)
clobetasol 0.05 % OINTMENT MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 28 días)
clobetasol 0.05 % SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	QL(100 cada 30 días)
clobetasol-emollient 0.05 % CREAM MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
ery pads 2 % SWAB MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
erythromycin with ethanol 2 % SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
fluocinolone 0.01 % SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)
fluocinolone 0.01 %, 0.025 % CREAM MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
fluocinolone 0.025 % OINTMENT MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
fluocinolone and shower cap 0.01 % OIL MO	\$0 (Nivel 1)	QL(118.28 cada 30 días)
fluorouracil 2 % SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
fluorouracil 5 % CREAM MO	\$0 (Nivel 1)	
fluorouracil 5 % SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
fluticasone propionate 0.005 % OINTMENT MO	\$0 (Nivel 1)	QL(240 cada 30 días)
fluticasone propionate 0.05 % CREAM MO	\$0 (Nivel 1)	QL(240 cada 30 días)
hydrocortisone 1 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR MO	\$0 (Nivel 1)	QL(28.4 cada 30 días)
hydrocortisone 1 %, 2.5 % CREAM MO	\$0 (Nivel 1)	QL(240 cada 30 días)
hydrocortisone 1 %, 2.5 % OINTMENT MO	\$0 (Nivel 1)	QL(240 cada 30 días)
hydrocortisone 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
hydrocortisone 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
hydrocortisone 2.5 % LOTION MO	\$0 (Nivel 1)	QL(236 cada 30 días)
HYFTOR 0.2 % GEL DL	\$0 (Nivel 2)	PA
imiquimod 5 % CREAM IN PACKET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(12 cada 30 días)
isotretinoin 10 mg, 20 mg, 30 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
isotretinoin 40 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
lindane 1 % SHAMPOO MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
malathion 0.5 % LOTION MO	\$0 (Nivel 1)	
methoxsalen 10 mg CAPSULE, LIQ FILLED, RAPID REL DL	\$0 (Nivel 1)	
mometasone 0.1 % CREAM MO	\$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)
mometasone 0.1 % OINTMENT MO	\$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)
mometasone 0.1 % SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)
mupirocin 2 % OINTMENT MO	\$0 (Nivel 1)	
myorisan 10 mg, 20 mg, 30 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
myorisan 40 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
OTEZLA 30 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
OTEZLA STARTER 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG (47) TABLET, DOSE PACK DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(55 cada 28 días)
OTEZLA STARTER 10 MG (4)-20 MG (4)-30 MG(19) TABLET, DOSE PACK DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(27 cada 30 días)
permethrin 5 % CREAM MO	\$0 (Nivel 1)	
pimecrolimus 1 % CREAM MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(100 cada 30 días)
podofilox 0.5 % SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	QL(7 cada 30 días)
procto-med hc 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
proctosol hc 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
proctozone-hc 2.5 % CREAM W/PERINEAL APPLICATOR MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
REGRANEX 0.01 % GEL DL	\$0 (Nivel 2)	PA
SANTYL 250 UNIT/GRAM OINTMENT MO	\$0 (Nivel 2)	QL(180 cada 30 días)
silver sulfadiazine 1 % CREAM MO	\$0 (Nivel 1)	
SSD 1 % CREAM MO	\$0 (Nivel 1)	
tacrolimus 0.03 %, 0.1 % OINTMENT MO	\$0 (Nivel 1)	QL(200 cada 30 días)
tazarotene 0.1 % CREAM MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(120 cada 30 días)
tretinoin 0.01 %, 0.025 %, 0.05 % GEL MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(45 cada 30 días)
tretinoin 0.025 %, 0.05 %, 0.1 % CREAM MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(45 cada 30 días)
UVADEX 20 MCG/ML SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
zenatane 10 mg, 20 mg, 30 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
zenatane 40 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)

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

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
bismuth subcit k-metronidz-tcn 140-125-125 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
CHENODAL 250 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA
cimetidine 200 mg, 300 mg, 400 mg, 800 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
cimetidine hcl 300 mg/5 ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
CLENPIQ 10 MG-3.5 GRAM- 12 GRAM/160 ML SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
CLENPIQ 10 MG-3.5 GRAM- 12 GRAM/175 ML SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
constulose 10 gram/15 ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
dicyclomine 10 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
dicyclomine 10 mg/5 ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
dicyclomine 20 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
diphenoxylate-atropine 2.5-0.025 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
enulose 10 gram/15 ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
esomeprazole magnesium 20 mg CAPSULE, DR/EC MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
esomeprazole magnesium 40 mg CAPSULE, DR/EC MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
famotidine 10 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
famotidine 20 mg, 40 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
famotidine 40 mg/5 ml (8 mg/ml) SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 1)	
famotidine (pf) 20 mg/2 ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
famotidine (pf)-nacl (iso-os) 20 mg/50 ml PIGGYBACK MO	\$0 (Nivel 1)	
GATTEX 30-VIAL 5 MG KIT DL,LA	\$0 (Nivel 2)	PA
GATTEX ONE-VIAL 5 MG KIT DL,LA	\$0 (Nivel 2)	PA
gavilyte-c 240-22.72-6.72 -5.84 gram RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
gavilyte-g 236-22.74-6.74 -5.86 gram RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
gavilyte-n 420 gram RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
generlac 10 gram/15 ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
glycopyrrolate 0.2 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
glycopyrrolate 1 mg, 2 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
lactulose 10 gram/15 ml (15 ml), 20 gram/30 ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
lactulose 10 gram/15 ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
lansoprazole 15 mg, 30 mg CAPSULE, DR/EC MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
LINZESS 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG CAPSULE MO	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
loperamide 2 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
misoprostol 100 mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
misoprostol 200 mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
MOVANTIK 12.5 MG, 25 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
MYALEPT 5 MG/ML (FINAL CONC.) RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
nizatidine 150 mg, 300 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
omeprazole 10 mg CAPSULE, DR/EC MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
omeprazole 20 mg, 40 mg CAPSULE, DR/EC MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
pantoprazole 20 mg, 40 mg TABLET, DR/EC MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
pantoprazole 40 mg RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
peg 3350-electrolytes 236-22.74-6.74 -5.86 gram RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
peg-electrolyte soln 420 gram RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
PYLERA 140-125-125 MG CAPSULE MO	\$0 (Nivel 2)	QL(120 cada 30 días)
sucrafate 1 gram TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
sucrafate 100 mg/ml SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 1)	
trilyte with flavor packets 420 gram RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
ursodiol 250 mg, 500 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ursodiol 300 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
XIFAXAN 200 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(9 cada 30 días)
XIFAXAN 550 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(84 cada 28 días)

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

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
alfuzosin 10 mg TABLET, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	
bethanechol chloride 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
dutasteride 0.5 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
dutasteride-tamsulosin 0.5-0.4 mg CAPSULE ER MULTIPHASE 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
ELMIRON 100 MG CAPSULE MO	\$0 (Nivel 2)	QL(90 cada 30 días)
fesoterodine 4 mg, 8 mg TABLET, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
finasteride 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
MYRBETRIQ 25 MG, 50 MG TABLET, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
MYRBETRIQ 8 MG/ML SUSPENSION, ER, RECON MO	\$0 (Nivel 2)	QL(300 cada 30 días)
oxybutynin chloride 10 mg, 5 mg TABLET, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
oxybutynin chloride 15 mg TABLET, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
oxybutynin chloride 2.5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
oxybutynin chloride 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
oxybutynin chloride 5 mg/5 ml SYRUP MO	\$0 (Nivel 1)	
solifenacin 10 mg, 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
tamsulosin 0.4 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
tiopronin 100 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	
tolterodine 1 mg, 2 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
tolterodine 2 mg, 4 mg CAPSULE, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



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)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>afirmelle</i> 0.1-20 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>altavera</i> (28) 0.15-0.03 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>alyacen</i> 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>alyacen</i> 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>amabelz</i> 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>apri</i> 0.15-0.03 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>aranelle</i> (28) 0.5/1/0.5-35 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>aubra</i> 0.1-20 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>aubra eq</i> 0.1-20 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>aurovela</i> 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>aurovela</i> 1/20 (21) 1-20 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>aurovela</i> 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>aurovela</i> fe 1-20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>aurovela</i> fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>aviane</i> 0.1-20 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>ayuna</i> 0.15-0.03 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>azurette</i> (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>blisovi</i> 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>blisovi</i> fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>blisovi</i> fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>camila</i> 0.35 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>camrese lo</i> 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	\$0 (Nivel 1)	QL(91 cada 90 días)
<i>caziant</i> (28) 0.1/.125/.15-25 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>chateal eq</i> (28) 0.15-0.03 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
COMBIPATCH 0.05-0.14 MG/24 HR, 0.05-0.25 MG/24 HR PATCH, SEMIWEEKLY MO	\$0 (Nivel 2)	QL(8 cada 28 días)
<i>cryselle</i> (28) 0.3-30 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>cyclafem</i> 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>cyclafem</i> 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>cyred</i> 0.15-0.03 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>cyred eq</i> 0.15-0.03 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>danazol</i> 100 mg, 200 mg, 50 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
dasetta 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
dasetta 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
deblitane 0.35 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
DEPO-ESTRADIOL 5 MG/ML OIL MO	\$0 (Nivel 2)	QL(5 cada 30 días)
desog-e.estradiol/e.estradiol 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
desogestrel-ethinyl estradiol 0.15-0.03 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 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 PATCH, SEMIWEEKLY MO	\$0 (Nivel 1)	QL(8 cada 28 días)
drosiprenone-ethinyl estradiol 3-0.02 mg, 3-0.03 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
DUAVEE 0.45-20 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
elinest 0.3-30 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
ELLA 30 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(1 cada 30 días)
emoquette 0.15-0.03 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
enpresse 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
enskyce 0.15-0.03 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
errin 0.35 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
estradiol 0.01 % (0.1 mg/gram) CREAM MO	\$0 (Nivel 1)	
estradiol 0.025 mg/24 hr, 0.0375 mg/24 hr, 0.05 mg/24 hr, 0.06 mg/24 hr, 0.075 mg/24 hr, 0.1 mg/24 hr PATCH, WEEKLY MO	\$0 (Nivel 1)	QL(4 cada 28 días)
estradiol 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 PATCH, SEMIWEEKLY MO	\$0 (Nivel 1)	QL(8 cada 28 días)
estradiol 0.5 mg, 1 mg, 10 mcg, 2 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
estradiol valerate 10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml OIL MO	\$0 (Nivel 1)	
estradiol-norethindrone acet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
ethynodiol diac-eth estradiol 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
falmina (28) 0.1-20 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
femynor 0.25-35 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
hailey 1.5-30 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
hailey 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
hailey fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
hailey fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
heather 0.35 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
iclevia 0.15 mg-30 mcg (91) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	\$0 (Nivel 1)	QL(91 cada 90 días)
incassia 0.35 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
isibloom 0.15-0.03 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
jasmiel (28) 3-0.02 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
jencycla 0.35 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
juleber 0.15-0.03 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
junel 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
junel 1/20 (21) 1-20 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
junel fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
junel fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
junel fe 24 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
kalliga 0.15-0.03 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
kariva (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
kelnor 1-50 (28) 1-50 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
kelnor 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
kurvelo (28) 0.15-0.03 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
l norgest/e.estradiol-e.estrad 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	\$0 (Nivel 1)	QL(91 cada 90 días)
larin 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
larin 1/20 (21) 1-20 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
larin 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
larin fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
larin fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
larissia 0.1-20 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
leena 28 0.5/1/0.5-35 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
lessina 0.1-20 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
levonest (28) 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
levonorg-eth estrad triphasic 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
levonorgestrel-ethinyl estrad 0.1-20 mg-mcg, 0.15-0.03 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
levonorgestrel-ethinyl estrad 0.15 mg-30 mcg (91) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	\$0 (Nivel 1)	QL(91 cada 90 días)
levora-28 0.15-0.03 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
lillow (28) 0.15-0.03 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
lo-zumandimine (28) 3-0.02 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
LOESTRIN 1.5/30 (21) 1.5-30 MG-MCG TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
LOESTRIN 1/20 (21) 1-20 MG-MCG TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
LOESTRIN FE 1.5/30 (28-DAY) 1.5 MG-30 MCG (21)/75 MG (7) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
LOESTRIN FE 1/20 (28-DAY) 1 MG-20 MCG (21)/75 MG (7) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
lojaimiess 0.1 mg-20 mcg (84)/10 mcg (7) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	\$0 (Nivel 1)	QL(91 cada 90 días)
loryna (28) 3-0.02 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
low-ogestrel (28) 0.3-30 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
lutra (28) 0.1-20 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
lyleq 0.35 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 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 PATCH, SEMIWEEKLY MO	\$0 (Nivel 1)	QL(8 cada 28 días)
lyza 0.35 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
marlissa (28) 0.15-0.03 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
medroxyprogesterone 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
medroxyprogesterone 150 mg/ml SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 1)	QL(1 cada 90 días)
medroxyprogesterone 150 mg/ml SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	QL(1 cada 90 días)
megestrol 20 mg, 40 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
megestrol 400 mg/10 ml (10 ml), 400 mg/10 ml (40 mg/ml), 625 mg/5 ml (125 mg/ml) SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 1)	
MENEST 0.3 MG, 0.625 MG, 1.25 MG, 2.5 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	
microgestin 1.5/30 (21) 1.5-30 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
microgestin 1/20 (21) 1-20 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
microgestin 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
microgestin fe 1.5/30 (28) 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
microgestin fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
mili 0.25-35 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
mimvey 1-0.5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
MIRCETTE (28) 0.15-0.02 MGX21 /0.01 MG X 5 TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
mono-lynyah 0.25-35 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
necon 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
nikki (28) 3-0.02 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
nora-be 0.35 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
noreth-ethinyl estradiol-iron 0.4mg-35mcg(21) and 75 mg (7) CHEWABLE TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
norethindrone (contraceptive) 0.35 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
norethindrone ac-eth estradiol 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
norethindrone acetate 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
norethindrone-e.estradiol-iron 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7), 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9), 1.5 mg-30 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
norgestimate-ethinyl estradiol 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg, 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28), 0.25-35 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
norlyda 0.35 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
nortrel 0.5/35 (28) 0.5-35 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
nortrel 1/35 (21) 1-35 mg-mcg (21) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
nortrel 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
nortrel 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
nylia 1/35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
nylia 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
nymyo 0.25-35 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
ocella 3-0.03 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
orsythia 0.1-20 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
ORTHO-NOVUM 7/7/7 (28) 0.5/0.75/1 MG- 35 MCG TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
OSPHENA 60 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	PA
oxandrolone 10 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(60 cada 30 días)
oxandrolone 2.5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(120 cada 30 días)
pimtree (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
pirmella 0.5/0.75/1 mg- 35 mcg, 1-35 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
portia 28 0.15-0.03 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
PREMARIN 0.3 MG, 0.45 MG, 0.625 MG, 0.9 MG, 1.25 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	
PREMARIN 0.625 MG/GRAM CREAM MO	\$0 (Nivel 2)	
previfem 0.25-35 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
progesterone 50 mg/ml OIL MO	\$0 (Nivel 1)	
progesterone micronized 100 mg, 200 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
raloxifene 60 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
reclipsen (28) 0.15-0.03 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
setlakin 0.15 mg-30 mcg (91) TABLET, DOSE PACK, 3 MONTH MO	\$0 (Nivel 1)	QL(91 cada 90 días)
sharobel 0.35 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
simliya (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
SLYND 4 MG (28) TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	
sprintec (28) 0.25-35 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
sronyx 0.1-20 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
syeda 3-0.03 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
tarina 24 fe 1 mg-20 mcg (24)/75 mg (4) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
tarina fe 1-20 eq (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
tarina fe 1/20 (28) 1 mg-20 mcg (21)/75 mg (7) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
testosterone 1.62 % (20.25 mg/1.25 gram) GEL IN PACKET MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(37.5 cada 30 días)
testosterone 1.62 % (40.5 mg/2.5 gram) GEL IN PACKET MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(150 cada 30 días)
testosterone 20.25 mg/1.25 gram (1.62 %) GEL IN METERED DOSE PUMP MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(150 cada 30 días)
testosterone cypionate 100 mg/ml, 200 mg/ml OIL MO	\$0 (Nivel 1)	
testosterone enanthate 200 mg/ml OIL MO	\$0 (Nivel 1)	QL(24 cada 90 días)
tilia fe 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
tri femynor 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
tri-legest fe 1-20(5)/1-30(7) /1mg-35mcg (9) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
tri-lynh 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
tri-lo-estarylla 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
tri-lo-marzia 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
tri-lo-mili 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
tri-lo-sprintec 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
tri-mili 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
tri-nymyo 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
tri-previfem (28) 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
tri-sprintec (28) 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
tri-vylibra 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg (28) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
tri-vylibra lo 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
trivora (28) 50-30 (6)/75-40 (5)/125-30(10) TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
tulana 0.35 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
TYBLUME 0.1 MG- 20 MCG CHEWABLE TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	
velivet triphasic regimen (28) 0.1/.125/.15-25 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
vestura (28) 3-0.02 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
vienva 0.1-20 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
violele (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
volnea (28) 0.15-0.02 mgx21 /0.01 mg x 5 TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
vylibra 0.25-35 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
vera (28) 0.5-35 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
wymzya fe 0.4mg-35mcg(21) and 75 mg (7) CHEWABLE TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
zarah 3-0.03 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
zovia 1-35 (28) 1-35 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
zovia 1/35e (28) 1-35 mg-mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
zumandimine (28) 3-0.03 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	

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)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMAN 10,000 UNIT RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	PA
desmopressin 0.1 mg, 0.2 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
EGRIFTA SV 2 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
INCRELEX 10 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
OMNITROPE 10 MG/1.5 ML (6.7 MG/ML), 5 MG/1.5 ML (3.3 MG/ML) CARTRIDGE DL	\$0 (Nivel 2)	PA
OMNITROPE 5.8 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA

AGENTES HORMONALES, ESTIMULANTES/DE REEMPLAZO/MODIFICADORES (SUPRARENAL)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
dexamethasone 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
dexamethasone 0.5 mg/5 ml ELIXIR MO	\$0 (Nivel 1)	
dexamethasone 0.5 mg/5 ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
dexamethasone intensol 1 mg/ml DROPS MO	\$0 (Nivel 1)	
dexamethasone sodium phos (pf) 10 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
dexamethasone sodium phos (pf) 10 mg/ml SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
dexamethasone sodium phosphate 10 mg/ml, 4 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
dexamethasone sodium phosphate 4 mg/ml SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
fludrocortisone 0.1 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
methylprednisolone 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
methylprednisolone 4 mg TABLET, DOSE PACK MO	\$0 (Nivel 1)	
methylprednisolone acetate 40 mg/ml, 80 mg/ml SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 1)	
methylprednisolone sodium succ 1,000 mg, 125 mg, 40 mg RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
prednisolone 15 mg/5 ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
prednisolone sodium phosphate 15 mg/5 ml (3 mg/ml), 20 mg/5 ml (4 mg/ml), 25 mg/5 ml (5 mg/ml), 5 mg base/5 ml (6.7 mg/5 ml) SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
prednisone 1 mg, 2.5 mg, 50 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
prednisone 10 mg, 20 mg, 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
prednisone 10 mg, 5 mg TABLET, DOSE PACK MO	\$0 (Nivel 1)	
prednisone 5 mg/5 ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
prednisone intensol 5 mg/ml CONCENTRATE MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
SOLU-MEDROL 2 GRAM RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
SOLU-MEDROL (PF) 1,000 MG/8 ML, 125 MG/2 ML, 40 MG/ML, 500 MG/4 ML RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
triamcinolone acetonide 0.025 %, 0.1 % LOTION MO	\$0 (Nivel 1)	
triamcinolone acetonide 0.025 %, 0.1 %, 0.5 % OINTMENT MO	\$0 (Nivel 1)	
triamcinolone acetonide 0.025 %, 0.5 % CREAM MO	\$0 (Nivel 1)	
triamcinolone acetonide 0.1 % CREAM MO	\$0 (Nivel 1)	
triderm 0.1 %, 0.5 % CREAM MO	\$0 (Nivel 1)	
VERIPRED 20 20 MG/5 ML (4 MG/ML) SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



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)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ARMOUR THYROID 120 MG, 15 MG, 180 MG, 240 MG, 30 MG, 300 MG, 60 MG, 90 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 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 MO	\$0 (Nivel 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 MO	\$0 (Nivel 2)	
levothyroxine 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 25 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
levothyroxine 175 mcg, 200 mcg, 300 mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
LEVOXYL 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	
liothyronine 10 mcg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
liothyronine 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 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 MO	\$0 (Nivel 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 MO	\$0 (Nivel 2)	

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)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
cabergoline 0.5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(16 cada 28 días)
FIRMAGON 120 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE 120 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE 80 MG RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	PA
lanreotide 120 mg/0.5 ml SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(0.5 cada 28 días)
leuprolide 1 mg/0.2 ml KIT MO	\$0 (Nivel 1)	
leuprolide (3 month) 22.5 mg SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1 cada 90 días)
LUPRON DEPOT 3.75 MG SYRINGE KIT MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
LUPRON DEPOT 7.5 MG SYRINGE KIT DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1 cada 30 días)
LUPRON DEPOT (3 MONTH) 11.25 MG, 22.5 MG SYRINGE KIT MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1 cada 90 días)
LUPRON DEPOT (4 MONTH) 30 MG SYRINGE KIT MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1 cada 112 días)
LUPRON DEPOT (6 MONTH) 45 MG SYRINGE KIT MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1 cada 168 días)
LUPRON DEPOT-PED 11.25 MG KIT DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1 cada 28 días)
LUPRON DEPOT-PED 15 MG, 7.5 MG (PED) KIT DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1 cada 28 días)
LUPRON DEPOT-PED 45 MG SYRINGE KIT MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1 cada 168 días)
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH) 11.25 MG, 30 MG SYRINGE KIT MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1 cada 90 días)
octreotide acetate 1,000 mcg/ml, 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml, 500 mcg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	PA
octreotide acetate 100 mcg/ml (1 ml), 50 mcg/ml (1 ml), 500 mcg/ml (1 ml) SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	PA
ORGOVYX 120 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(32 cada 30 días)
SANDOSTATIN LAR DEPOT 10 MG, 20 MG, 30 MG SUSPENSION, ER, RECON DL	\$0 (Nivel 2)	PA
SIGNIFOR 0.3 MG/ML (1 ML), 0.6 MG/ML (1 ML), 0.9 MG/ML (1 ML) SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
SOMATULINE DEPOT 120 MG/0.5 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(0.5 cada 28 días)
SOMATULINE DEPOT 60 MG/0.2 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(0.2 cada 28 días)
SOMATULINE DEPOT 90 MG/0.3 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(0.3 cada 28 días)
SOMAVERT 10 MG, 15 MG, 20 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
SOMAVERT 25 MG, 30 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
SYNAREL 2 MG/ML SPRAY, NON-AEROSOL DL	\$0 (Nivel 2)	
TRELSTAR 11.25 MG, 22.5 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	\$0 (Nivel 2)	PA
TRELSTAR 3.75 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA

AGENTES HORMONALES, SUPRESORES (SUPRARRENAL)

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
LYSODREN 500 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).

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

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
methimazole 10 mg, 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
propylthiouracil 50 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	

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

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ACTHIB (PF) 10 MCG/0.5 ML RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	
ACTIMMUNE 100 MCG/0.5 ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 1)	
ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) 2 LF-(2.5-5-3-5 MCG)-5LF/0.5 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 1)	
ARCALYST 220 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
azathioprine 50 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
BCG VACCINE, LIVE (PF) 50 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	\$0 (Nivel 1)	
BENLYSTA 120 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(20 cada 28 días)
BENLYSTA 200 MG/ML AUTO-INJECTOR DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(8 cada 28 días)
BENLYSTA 200 MG/ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(8 cada 28 días)
BENLYSTA 400 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(6 cada 28 días)
BEXSERO 50-50-50-25 MCG/0.5 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 1)	
BOOSTRIX TDAP 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 1)	
BOOSTRIX TDAP 2.5-8-5 LF-MCG-LF/0.5ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 1)	
CELLCEPT 200 MG/ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	\$0 (Nivel 2)	BvsD
CELLCEPT 250 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	BvsD
CELLCEPT 500 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	BvsD
CELLCEPT INTRAVENOUS 500 MG RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
COSENTYX 150 MG/ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(8 cada 28 días)
COSENTYX 75 MG/0.5 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(2 cada 28 días)
COSENTYX (2 SYRINGES) 150 MG/ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(8 cada 28 días)
COSENTYX PEN 150 MG/ML PEN INJECTOR DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(8 cada 28 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
COSENTYX PEN (2 PENS) 150 MG/ML PEN INJECTOR DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(8 cada 28 días)
cyclosporine 100 mg, 25 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
cyclosporine modified 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
cyclosporine modified 100 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF) 15-10-5 LF-MCG-LF/0.5ML SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 1)	
DENGVAIXIA (PF) 10EXP4.5-6 CCID50/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
DUPIXENT PEN 200 MG/1.14 ML PEN INJECTOR DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(3.42 cada 28 días)
DUPIXENT PEN 300 MG/2 ML PEN INJECTOR DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(8 cada 28 días)
DUPIXENT SYRINGE 100 MG/0.67 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1.34 cada 28 días)
DUPIXENT SYRINGE 200 MG/1.14 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(3.42 cada 28 días)
DUPIXENT SYRINGE 300 MG/2 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(8 cada 28 días)
ENBREL 25 MG (1 ML) RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(8 cada 28 días)
ENBREL 25 MG/0.5 ML (0.5), 50 MG/ML (1 ML) SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(8 cada 28 días)
ENBREL 25 MG/0.5 ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(8 cada 28 días)
ENBREL MINI 50 MG/ML (1 ML) CARTRIDGE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(8 cada 28 días)
ENBREL SURECLICK 50 MG/ML (1 ML) PEN INJECTOR DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(8 cada 28 días)
ENGERIX-B (PF) 20 MCG/ML SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 1)	BvsD
ENGERIX-B (PF) 20 MCG/ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 1)	BvsD
ENGERIX-B PEDIATRIC (PF) 10 MCG/0.5 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 1)	BvsD
ENVARUSUS XR 0.75 MG, 1 MG TABLET, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 2)	PA
ENVARUSUS XR 4 MG TABLET, ER 24 HR. DL	\$0 (Nivel 2)	PA
everolimus (immunosuppressive) 0.25 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD,QL(60 cada 30 días)
everolimus (immunosuppressive) 0.5 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	BvsD,QL(120 cada 30 días)
everolimus (immunosuppressive) 0.75 mg, 1 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	BvsD,QL(60 cada 30 días)
GAMUNEX-C 1 GRAM/10 ML (10 %) SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
GAMUNEX-C 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 %) SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
GARDASIL 9 (PF) 0.5 ML SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 1)	
GARDASIL 9 (PF) 0.5 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 1)	
gengraf 100 mg, 25 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
gengraf 100 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
HAEGARDA 2,000 UNIT, 3,000 UNIT RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(24 cada 28 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
HAVRIX (PF) 1,440 ELISA UNIT/ML, 720 ELISA UNIT/0.5 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 1)	
HEPLISAV-B (PF) 20 MCG/0.5 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 1)	BvsD
HIBERIX (PF) 10 MCG/0.5 ML RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	
HUMIRA 40 MG/0.8 ML SYRINGE KIT DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA PEN 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA PEN PSOR-UVEITS-ADOL HS 40 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) 10 MG/0.1 ML SYRINGE KIT DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(2 cada 28 días)
HUMIRA(CF) 20 MG/0.2 ML, 40 MG/0.4 ML SYRINGE KIT DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER 80 MG/0.8 ML, 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML SYRINGE KIT DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN 40 MG/0.4 ML, 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC 80 MG/0.8 ML PEN INJECTOR KIT DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(6 cada 28 días)
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS 80 MG/0.8 ML-40 MG/0.4 ML PEN INJECTOR KIT DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(6 cada 28 días)
icatibant 30 mg/3 ml SYRINGE DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(18 cada 30 días)
IMOVAX RABIES VACCINE (PF) 2.5 UNIT RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	BvsD
INFANRIX (DTAP) (PF) 25-58-10 LF-MCG-LF/0.5ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 1)	
INTRON A 10 MILLION UNIT (1 ML), 18 MILLION UNIT (1 ML), 50 MILLION UNIT (1 ML) RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	PA
INTRON A 10 MILLION UNIT/ML, 6 MILLION UNIT/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
IPOL 40-8-32 UNIT/0.5 ML SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 1)	
IXIARO (PF) 6 MCG/0.5 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 1)	
KEVZARA 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML PEN INJECTOR DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(2.28 cada 28 días)
KEVZARA 150 MG/1.14 ML, 200 MG/1.14 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(2.28 cada 28 días)
KINRIX (PF) 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 1)	
KINRIX (PF) 25 LF-58 MCG-10 LF/0.5 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 1)	
leflunomide 10 mg, 20 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
M-M-R II (PF) 1,000-12,500 TCID50/0.5 ML RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	
MENACTRA (PF) 4 MCG/0.5 ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	
MENQUADFI (PF) 10 MCG/0.5 ML SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 10-5 MCG/0.5 ML KIT DL	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF) 10-5 MCG/0.5 ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	
methotrexate sodium 2.5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
methotrexate sodium 25 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
methotrexate sodium (pf) 1 gram RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
methotrexate sodium (pf) 25 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
MONJUVI 200 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
mycophenolate mofetil 200 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
mycophenolate mofetil 250 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
mycophenolate mofetil 500 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
mycophenolate mofetil (hcl) 500 mg RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
mycophenolate sodium 180 mg, 360 mg TABLET, DR/EC MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
MYFORTIC 180 MG TABLET, DR/EC MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
MYFORTIC 360 MG TABLET, DR/EC DL	\$0 (Nivel 2)	BvsD
PEDIARIX (PF) 10 MCG-25LF-25 MCG-10LF/0.5 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 1)	
PEDVAX HIB (PF) 7.5 MCG/0.5 ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	
PEGASYS 180 MCG/0.5 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(2 cada 28 días)
PEGASYS 180 MCG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(4 cada 28 días)
PENTACEL (PF) 15 LF UNIT-20 MCG-5 LF/0.5 ML, 15LF-48MCG-62DU-10 MCG/0.5ML KIT DL	\$0 (Nivel 1)	
PREHEVBRIO (PF) 10 MCG/ML SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 1)	BvsD
PRIORIX (PF) 10EXP3.4-4.2- 3.3CCID50/0.5ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	\$0 (Nivel 1)	
PROGRAF 0.2 MG, 1 MG GRANULES IN PACKET MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
PROQUAD (PF) 10EXP3-4.3-3- 3.99 TCID50/0.5 SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	\$0 (Nivel 1)	
QUADRACEL (PF) 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 1)	
QUADRACEL (PF) 15 LF-48 MCG- 5 LF UNIT/0.5ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 1)	
RABAVERT (PF) 2.5 UNIT SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	\$0 (Nivel 1)	BvsD
RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 1)	BvsD
RECOMBIVAX HB (PF) 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 1)	BvsD
REZUROCK 200 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
RINVOQ 15 MG, 30 MG TABLET, ER 24 HR. DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
RINVOQ 45 MG TABLET, ER 24 HR. DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(56 cada 365 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ROTARIX 10EXP6 CCID50 /1.5 ML SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 1)	
ROTARIX 10EXP6 CCID50/ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	\$0 (Nivel 1)	
ROTATEQ VACCINE 2 ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	
<i>sajazir</i> 30 mg/3 ml SYRINGE DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(18 cada 30 días)
SANDIMMUNE 100 MG/ML SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
SHINGRIX (PF) 50 MCG/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	\$0 (Nivel 1)	
SIMULECT 10 MG, 20 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	BvsD
<i>sirolimus</i> 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
<i>sirolimus</i> 1 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
SKYRIZI 150 MG/ML PEN INJECTOR MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(6 cada 365 días)
SKYRIZI 150 MG/ML SYRINGE MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(6 cada 365 días)
SKYRIZI 150MG/1.66ML(75 MG/0.83 ML X2) SYRINGE KIT MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(6 cada 365 días)
SKYRIZI 180 MG/1.2 ML (150 MG/ML) WEARABLE INJECTOR DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(8.4 cada 365 días)
SKYRIZI 360 MG/2.4 ML (150 MG/ML) WEARABLE INJECTOR DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(16.8 cada 365 días)
SKYRIZI 75 MG/0.83 ML SYRINGE MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(9.96 cada 365 días)
STELARA 45 MG/0.5 ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1.5 cada 84 días)
STELARA 45 MG/0.5 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1.5 cada 84 días)
STELARA 90 MG/ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(3 cada 84 días)
SYLVANT 100 MG, 400 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>tacrolimus</i> 0.5 mg, 1 mg, 5 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
TDVAX 2-2 LF UNIT/0.5 ML SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 1)	
TENIVAC (PF) 5 LF UNIT- 2 LF UNIT/0.5ML SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 1)	
TENIVAC (PF) 5-2 LF UNIT/0.5 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 1)	
TETANUS,DIPHThERIA TOX PED(PF) 5-25 LF UNIT/0.5 ML SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 1)	
TICOVAC 1.2 MCG/0.25 ML, 2.4 MCG/0.5 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 1)	
TRUMENBA 120 MCG/0.5 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 1)	
TWINRIX (PF) 720 ELISA UNIT- 20 MCG/ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 1)	
TYPHIM VI 25 MCG/0.5 ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	
TYPHIM VI 25 MCG/0.5 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 1)	
VAQTA (PF) 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 1)	
VAQTA (PF) 25 UNIT/0.5 ML, 50 UNIT/ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 1)	
VARIVAX (PF) 1,350 UNIT/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	\$0 (Nivel 1)	
VARIZIG 125 UNIT/1.2 ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(12 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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 SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	BvsD
XATMEP 2.5 MG/ML SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	PA
XOLAIR 150 MG RECON SOLUTION DL,LA	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(8 cada 28 días)
XOLAIR 150 MG/ML SYRINGE DL,LA	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(8 cada 28 días)
XOLAIR 75 MG/0.5 ML SYRINGE DL,LA	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(4 cada 28 días)
YF-VAX (PF) 10 EXP4.74 UNIT/0.5 ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	\$0 (Nivel 1)	

AGENTES OFTALMICOS

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ak-poly-bac 500-10,000 unit/gram OINTMENT MO	\$0 (Nivel 1)	
ALCAINE 0.5 % DROPS MO	\$0 (Nivel 1)	
ALPHAGAN P 0.1 % DROPS MO	\$0 (Nivel 2)	
apraclonidine 0.5 % DROPS MO	\$0 (Nivel 1)	
atropine 1 % DROPS MO	\$0 (Nivel 1)	
ATROPINE SULFATE (PF) 1 % DROPPERETTE MO	\$0 (Nivel 1)	
azelastine 0.05 % DROPS MO	\$0 (Nivel 1)	
bacitracin 500 unit/gram OINTMENT MO	\$0 (Nivel 1)	
bacitracin-polymyxin b 500-10,000 unit/gram OINTMENT MO	\$0 (Nivel 1)	
betaxolol 0.5 % DROPS MO	\$0 (Nivel 1)	
brimonidine 0.15 % DROPS MO	\$0 (Nivel 1)	
brimonidine 0.2 % DROPS MO	\$0 (Nivel 1)	
carteolol 1 % DROPS MO	\$0 (Nivel 1)	
ciprofloxacin hcl 0.3 % DROPS MO	\$0 (Nivel 1)	
COMBIGAN 0.2-0.5 % DROPS MO	\$0 (Nivel 2)	QL(5 cada 25 días)
cromolyn 4 % DROPS MO	\$0 (Nivel 1)	
CYSTARAN 0.44 % DROPS DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 28 días)
dexamethasone sodium phosphate 0.1 % DROPS MO	\$0 (Nivel 1)	
diclofenac sodium 0.1 % DROPS MO	\$0 (Nivel 1)	
difluprednate 0.05 % DROPS MO	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
dorzolamide 2 % DROPS MO	\$0 (Nivel 1)	
dorzolamide-timolol 22.3-6.8 mg/ml DROPS MO	\$0 (Nivel 1)	
DUREZOL 0.05 % DROPS MO	\$0 (Nivel 2)	
erythromycin 5 mg/gram (0.5 %) OINTMENT MO	\$0 (Nivel 1)	QL(3.5 cada 28 días)
EYSUVIS 0.25 % DROPS, SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 2)	QL(16.6 cada 30 días)
fluorometholone 0.1 % DROPS, SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 1)	
flurbiprofen sodium 0.03 % DROPS MO	\$0 (Nivel 1)	
gentak 0.3 % (3 mg/gram) OINTMENT MO	\$0 (Nivel 1)	
gentamicin 0.3 % DROPS MO	\$0 (Nivel 1)	
ILEVRO 0.3 % DROPS, SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 2)	QL(3 cada 30 días)
ketorolac 0.4 % DROPS MO	\$0 (Nivel 1)	QL(10 cada 30 días)
ketorolac 0.5 % DROPS MO	\$0 (Nivel 1)	QL(10 cada 30 días)
latanoprost 0.005 % DROPS MO	\$0 (Nivel 1)	QL(5 cada 25 días)
levobunolol 0.5 % DROPS MO	\$0 (Nivel 1)	
LUMIGAN 0.01 % DROPS MO	\$0 (Nivel 2)	QL(2.5 cada 25 días)
metipranolol 0.3 % DROPS MO	\$0 (Nivel 1)	
moxifloxacin 0.5 % DROPS MO	\$0 (Nivel 1)	
NATACYN 5 % DROPS, SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 2)	
neo-polycin 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g OINTMENT MO	\$0 (Nivel 1)	
neo-polycin hc 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1% OINTMENT MO	\$0 (Nivel 1)	
neomycin-bacitracin-poly-hc 3.5-400-10,000 mg-unit/g-1% OINTMENT MO	\$0 (Nivel 1)	
neomycin-bacitracin-polymyxin 3.5-400-10,000 mg-unit-unit/g OINTMENT MO	\$0 (Nivel 1)	
neomycin-polymyxin b-dexameth 3.5 mg/g-10,000 unit/g-0.1 % OINTMENT MO	\$0 (Nivel 1)	
neomycin-polymyxin b-dexameth 3.5mg/ml-10,000 unit/ml-0.1 % DROPS, SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 1)	
neomycin-polymyxin-gramicidin 1.75 mg-10,000 unit-0.025mg/ml DROPS MO	\$0 (Nivel 1)	
neomycin-polymyxin-hc 3.5-10,000-10 mg-unit-mg/ml DROPS, SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 1)	
ofloxacin 0.3 % DROPS MO	\$0 (Nivel 1)	
olopatadine 0.2 % DROPS MO	\$0 (Nivel 1)	
PHOSPHOLINE IODIDE 0.125 % DROPS MO	\$0 (Nivel 2)	
pilocarpine hcl 1 %, 2 %, 4 % DROPS MO	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
polycin 500-10,000 unit/gram OINTMENT MO	\$0 (Nivel 1)	
polymyxin b sulf-trimethoprim 10,000 unit- 1 mg/ml DROPS MO	\$0 (Nivel 1)	
PRED-G 0.3-1 % DROPS, SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 2)	
prednisolone acetate 1 % DROPS, SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 1)	
prednisolone sodium phosphate 1 % DROPS MO	\$0 (Nivel 1)	
proparacaine 0.5 % DROPS MO	\$0 (Nivel 1)	
RESTASIS 0.05 % DROPPERETTE MO	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
RESTASIS MULTIDOSE 0.05 % DROPS MO	\$0 (Nivel 2)	QL(5.5 cada 25 días)
RHOPRESSA 0.02 % DROPS MO	\$0 (Nivel 2)	ST,QL(2.5 cada 25 días)
ROCKLATAN 0.02-0.005 % DROPS MO	\$0 (Nivel 2)	ST,QL(2.5 cada 25 días)
sulfacetamide sodium 10 % DROPS MO	\$0 (Nivel 1)	
sulfacetamide-prednisolone 10 %-0.23 % (0.25 %) DROPS MO	\$0 (Nivel 1)	
timolol maleate 0.25 % DROPS MO	\$0 (Nivel 1)	
timolol maleate 0.25 %, 0.5 % GEL FORMING SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
timolol maleate 0.5 % DROPS MO	\$0 (Nivel 1)	
timolol maleate 0.5 % DROPS, ONCE DAILY MO	\$0 (Nivel 1)	
timolol maleate (pf) 0.25 %, 0.5 % DROPPERETTE MO	\$0 (Nivel 1)	
tobramycin 0.3 % DROPS MO	\$0 (Nivel 1)	
tobramycin-dexamethasone 0.3-0.1 % DROPS, SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 1)	
travoprost 0.004 % DROPS MO	\$0 (Nivel 1)	QL(2.5 cada 25 días)
trifluridine 1 % DROPS MO	\$0 (Nivel 1)	

AGENTES PARA TRASTORNOS DEL SUEÑO

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
BELSOMRA 10 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
BELSOMRA 15 MG, 20 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
BELSOMRA 5 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(120 cada 30 días)
HETLIOZ 20 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
HETLIOZ LQ 4 MG/ML SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(158 cada 30 días)
modafinil 100 mg, 200 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(60 cada 30 días)
sodium oxybate 500 mg/ml SOLUTION DL,LA	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(540 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
tasimelteon 20 mg CAPSULE ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(30 cada 30 días)
temazepam 15 mg, 30 mg CAPSULE ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
XYREM 500 MG/ML SOLUTION ^{DL,LA}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(540 cada 30 días)
zolpidem 10 mg, 5 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)

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

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
lithium carbonate 150 mg, 300 mg, 600 mg CAPSULE ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
lithium carbonate 300 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
lithium carbonate 300 mg, 450 mg TABLET ER ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	

AGENTES TERAPÉUTICOS MISCELÁNEOS

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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 ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
ABOUTTIME PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
acetylcysteine 200 mg/ml (20 %) SOLUTION ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
ADVOCATE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 33 GAUGE X 5/32" NEEDLE ^{MO}	\$0 (Nivel 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 SYRINGE ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
ALCOHOL SWABS PADS, MEDICATED ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ALCOHOL WIPES PADS, MEDICATED MO	\$0 (Nivel 1)	
ASSURE ID DUO-SHIELD 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
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 MO	\$0 (Nivel 1)	
ASSURE ID PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE INSULIN PEN MO	\$0 (Nivel 1)	
AUTOPEN 1 TO 21 UNITS INSULIN PEN MO	\$0 (Nivel 1)	
AUTOPEN 2 TO 42 UNITS INSULIN PEN MO	\$0 (Nivel 1)	
BAND-AID GAUZE PADS 2 X 2 " BANDAGE MO	\$0 (Nivel 1)	
BD ALCOHOL SWABS PADS, MEDICATED MO	\$0 (Nivel 1)	
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
BD ECLIPSE LUER-LOK 1 ML 30 GAUGE X 1/2" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 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" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
BD INSULIN SYRINGE MICRO-FINE 1 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
BD INSULIN SYRINGE SAFETY-LOK 1 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
BD INSULIN SYRINGE SLIP TIP 1 ML SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
BD INSULIN SYRINGE U-500 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 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" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
BD LO-DOSE MICRO-FINE IV 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
BD LO-DOSE ULTRA-FINE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 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 29 GAUGE X 1/2", 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" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
BD SAFETYGLIDE SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 5/8" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 1/4" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
BD VEO INSULIN SYRINGE UF 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
BORDERED GAUZE 2 X 2 " BANDAGE MO	\$0 (Nivel 1)	
butalbital-acetaminophen-caff 50-325-40 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)
butalbital-acetaminophen-caff 50-325-40 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(180 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" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD PADS, MEDICATED MO	\$0 (Nivel 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 SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
CARETOUCH 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 3/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
CLICKFINE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 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" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT EZ PEN NEEDLES 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 1/4", 33 GAUGE X 3/16", 33 GAUGE X 5/16", 33 GAUGE X 5/32" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 5/32", 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 5/32" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
CURITY ALCOHOL SWABS PADS, MEDICATED MO	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
CURITY GAUZE 2 X 2 " BANDAGE MO	\$0 (Nivel 1)	
DERMACEA 2 X 2 " BANDAGE MO	\$0 (Nivel 1)	
DOJOLVI 8.3 KCAL/ML LIQUID DL	\$0 (Nivel 2)	PA
DROPLET INSULIN SYR(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" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 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" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
DROPLET MICRON PEN NEEDLE 34 GAUGE X 9/64" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 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" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED MO	\$0 (Nivel 1)	
DROPSAFE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 15/64", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
DROPSAFE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
DROXIA 200 MG, 300 MG, 400 MG CAPSULE MO	\$0 (Nivel 2)	
EASY COMFORT ALCOHOL PAD PADS, MEDICATED MO	\$0 (Nivel 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" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
EASY COMFORT PEN NEEDLES 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 1/4", 33 GAUGE X 3/16", 33 GAUGE X 5/32" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 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" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
EASY GLIDE PEN NEEDLE 33 GAUGE X 5/32" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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 MO	\$0 (Nivel 1)	
EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED MO	\$0 (Nivel 1)	
EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR 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" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
EASY TOUCH INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 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 27 GAUGE X 5/8", 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" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN 1 ML SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
EASY TOUCH PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE 29 GAUGE X 3/16", 29 GAUGE X 5/16", 30 GAUGE X 1/4", 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
EASY TOUCH UNI-SLIP 1 ML SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
EMBRACE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
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 MO	\$0 (Nivel 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 MO	\$0 (Nivel 1)	
GAUZE BANDAGE 2 X 2 " BANDAGE MO	\$0 (Nivel 1)	
GAUZE PAD 2 X 2 " BANDAGE MO	\$0 (Nivel 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" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
HEALTHWISE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
INCONTROL ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED MO	\$0 (Nivel 1)	
INCONTROL PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
INSULIN SYR/NDL U100 HALF MARK 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
INSULIN SYRINGE MICROFINE 1 ML 27 GAUGE X 5/8", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
INSULIN SYRINGE NEEDLELESS 1 ML SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100 0.3 ML 29 GAUGE, 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30, 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 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 5/16", 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1 ML 28 GAUGE, 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 7/16", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 3/8", 1 ML 30 GAUGE X 5/16, 1 ML 30 GAUGE X 7/16", 1 ML 31 GAUGE X 1/4", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16, 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE, 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 29, 1/2 ML 30 GAUGE, 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4", 1/2 ML 31 GAUGE X 15/64" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
INSUPEN 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 1/4", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
IV PREP WIPES PADS, MEDICATED MO	\$0 (Nivel 1)	
KORLYM 300 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
<i>lactated ringers</i> SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
LAGEVRIO (EUA) 200 MG CAPSULE MO	\$0 (Nivel 2)	QL(40 cada 5 días)
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" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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 29, 1/2 ML 30 GAUGE SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
LITHOSTAT 250 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	
MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG 0.3 ML 29 GAUGE 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" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
MAGELLAN SYRINGE 0.3 ML 30 X 5/16", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
MAXICOMFORT II PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE 1 ML 27 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 27 GAUGE X 1/2" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE 29 GAUGE X 3/16", 29 GAUGE X 5/16" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
MICRODOT INSULIN PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
MINI ULTRA-THIN II 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRING 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", 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
MONOJECT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML, 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" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
MONOJECT SYRINGE 1/2 ML 28 GAUGE SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
MONOJECT ULTRA COMFORT INSULIN 1/2 ML 28 GAUGE SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
NOVOFINE 32 32 GAUGE X 1/4" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
NOVOFINE AUTOCOVER 30 GAUGE X 1/3" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
NOVOFINE PLUS 32 GAUGE X 1/6" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
NOVOPEN ECHO INSULIN PEN MO	\$0 (Nivel 1)	
NOVOTWIST 32 GAUGE X 1/5" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
PAXLOVID 150-100 MG TABLET, DOSE PACK MO	\$0 (Nivel 2)	QL(40 cada 10 días)
PAXLOVID 300 MG (150 MG X 2)-100 MG TABLET, DOSE PACK MO	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 10 días)
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" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
PEN NEEDLE, DIABETIC 29 GAUGE X 1/2", 29 GAUGE X 15/32", 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 1/3", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 1/6", 31 GAUGE X 13/64", 31 GAUGE X 15/64", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 5/32", 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 5/32" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
PEN NEEDLE, DIABETIC, SAFETY 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/32" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
PENTIPS 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
PHYSIOLYTE 140-5-3-98 MEQ/L SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
PHYSIOSOL IRRIGATION 140-5-3-98 MEQ/L SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
PIP PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
PRO COMFORT ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED MO	\$0 (Nivel 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" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 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" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
PRODIGY INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 28 GAUGE X 1/2" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
PURE COMFORT ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED MO	\$0 (Nivel 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" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
RECTIV 0.4 % (W/W) OINTMENT MO	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
ribavirin 6 gram RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	BvsD
ringer's SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
SAFESNAP INSULIN SYRINGE 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 30 GAUGE X 5/16", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
SAFETY PEN NEEDLE 31 GAUGE X 3/16" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
SECURESAFE INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
SECURESAFE PEN NEEDLE 30 GAUGE X 5/16" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
SKY SAFETY PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
sodium chloride 0.9 % SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED MO	\$0 (Nivel 1)	
SURE COMFORT INS. SYR. U-100 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 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" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
SURE COMFORT PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 30 GAUGE X 5/16", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
SURE-FINE PEN NEEDLES 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
SURE-JECT INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 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 MO	\$0 (Nivel 1)	
SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS PADS, MEDICATED MO	\$0 (Nivel 1)	
TECHLITE INSULIN SYRINGE 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 15/64", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
TECHLITE INSULN SYR(HALF UNIT) 0.3 ML 29 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 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" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
TECHLITE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 29 GAUGE X 3/8", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
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" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
THINPRO INSULIN SYRINGE 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 X 3/8", 0.3 ML 31 X 3/8", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 X 3/8", 1 ML 28 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 30 GAUGE X 3/8", 1 ML 31 X 3/8", 1/2 ML 28 GAUGE X 1/2", 1/2 ML 30 X 3/8" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
TOPCARE CLICKFINE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
TOPCARE ULTRA COMFORT 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 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 MO	\$0 (Nivel 1)	
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED MO	\$0 (Nivel 1)	
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
TRUE COMFORT 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 1/4", 33 GAUGE X 3/16", 33 GAUGE X 5/32" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS PADS, MEDICATED MO	\$0 (Nivel 1)	
TRUE COMFORT PRO INS 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", 1 ML 32 GAUGE X 5/16", 1/2 ML 32 GAUGE X 5/16" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
TRUEPLUS INSULIN 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 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 MO	\$0 (Nivel 1)	
TRUEPLUS PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
UBRELVY 100 MG, 50 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(16 cada 30 días)
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 MO	\$0 (Nivel 1)	
ULTICARE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4", 1 ML 31 GAUGE X 1/4", 1/2 ML 31 GAUGE X 1/4" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTICARE INSULN SYR(HALF UNIT) 0.3 ML 31 GAUGE X 1/4" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
ULTICARE PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 1/4", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
ULTIGUARD SAFEPAK-INSULIN SYR 0.3 ML 30 X 1/2", 0.3 ML 31 X 5/16", 1 ML 30 X 1/2", 1 ML 31 X 5/16", 1/2 ML 30 X 1/2", 1/2 ML 31 X 5/16" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
ULTIGUARD SAFEPAK-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" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
ULILET ALCOHOL SWAB PADS, MEDICATED MO	\$0 (Nivel 1)	
ULILET 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", 1/2 ML 29 SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
ULILET PEN NEEDLE 29 GAUGE, 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
ULTRA CMFT INS SYR (HALF UNIT) 0.3 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 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 29, 1/2 ML 30 GAUGE SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
ULTRA FLO INSUL SYR(HALF UNIT) 0.3 ML 30 GAUGE X 1/2", 0.3 ML 30 GAUGE X 5/16", 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
ULTRA FLO 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" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
ULTRA FLO PEN NEEDLE 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
ULTRA THIN PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR 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" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ULTRA-THIN II (SHORT) PEN NDL 31 GAUGE X 5/16" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
ULTRA-THIN II INS PEN NEEDLES 29 GAUGE X 1/2" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 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 SYRINGE MO	\$0 (Nivel 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" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
UNIFINE PEN NEEDLE 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 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 5/32", 33 GAUGE X 5/32" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
UNIFINE PENTIPS MAXFLOW 30 GAUGE X 3/16" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
UNIFINE PENTIPS PLUS 29 GAUGE X 1/2", 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32", 33 GAUGE X 5/32" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW 30 GAUGE X 3/16" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
UNIFINE SAFECONTROL 30 GAUGE X 3/16", 30 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE 31 GAUGE X 1/4", 31 GAUGE X 3/16", 31 GAUGE X 5/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE 1 ML 30 GAUGE X 3/16" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
VANISHPOINT SYRINGE 0.5 ML 30 GAUGE X 1/2", 1 ML 29 GAUGE X 1/2" SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
VERIFINE INSULIN SYRINGE 0.3 ML 31 GAUGE X 5/16", 0.5 ML 29 GAUGE X 1/2", 0.5 ML 31 GAUGE X 5/16", 1 ML 29 GAUGE X 1/2", 1 ML 31 GAUGE X 5/16 SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
VERIFINE 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 3/16", 32 GAUGE X 5/32" NEEDLE MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>water for irrigation, sterile SOLUTION</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
WEBCOL PADS, MEDICATED MO	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



ANALGÉSICOS - Medicamentos utilizados para tratar el dolor

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
acetaminophen-codeine 120 mg-12 mg /5 ml (5 ml), 120-12 mg/5 ml, 300 mg-30 mg /12.5 ml SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	QL(2700 cada 30 días)
acetaminophen-codeine 300-15 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	QL(390 cada 30 días)
acetaminophen-codeine 300-30 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	QL(360 cada 30 días)
acetaminophen-codeine 300-60 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)
buprenorphine 10 mcg/hour, 15 mcg/hour, 20 mcg/hour, 5 mcg/hour, 7.5 mcg/hour PATCH, WEEKLY DL	\$0 (Nivel 1)	QL(4 cada 28 días)
diclofenac sodium 1 % GEL MO	\$0 (Nivel 1)	QL(1000 cada 30 días)
diclofenac sodium 100 mg TABLET, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	
diclofenac sodium 25 mg, 50 mg TABLET, DR/EC MO	\$0 (Nivel 1)	
diclofenac sodium 75 mg TABLET, DR/EC MO	\$0 (Nivel 1)	
ec-naproxen 500 mg TABLET, DR/EC MO	\$0 (Nivel 1)	
endocet 10-325 mg, 2.5-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	QL(360 cada 30 días)
etodolac 200 mg, 300 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
etodolac 400 mg, 500 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
fentanyl 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 37.5 mcg/hour, 50 mcg/hr, 62.5 mcg/hour, 75 mcg/hr, 87.5 mcg/hour PATCH. 72 HR. DL	\$0 (Nivel 1)	QL(20 cada 30 días)
fentanyl citrate 1,200 mcg, 1,600 mcg, 200 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg LOZENGE DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(120 cada 30 días)
fentanyl citrate (pf) 50 mcg/ml SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	BvsD,QL(720 cada 30 días)
flurbiprofen 100 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
hydrocodone-acetaminophen 10-300 mg, 5-300 mg, 7.5-300 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	QL(390 cada 30 días)
hydrocodone-acetaminophen 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	QL(360 cada 30 días)
hydrocodone-acetaminophen 10-325 mg/15 ml(15 ml) SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	QL(2700 cada 30 días)
hydrocodone-acetaminophen 2.5-325 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	QL(360 cada 30 días)
hydrocodone-acetaminophen 7.5-325 mg/15 ml SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	QL(5520 cada 30 días)
hydrocodone-ibuprofen 10-200 mg, 5-200 mg, 7.5-200 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	QL(150 cada 30 días)
hydromorphone 2 mg, 4 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	QL(360 cada 30 días)
hydromorphone 8 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	QL(240 cada 30 días)
ibu 400 mg, 600 mg, 800 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
ibuprofen 100 mg/5 ml SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 1)	
ibuprofen 400 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
ibuprofen 600 mg, 800 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
indomethacin 25 mg, 50 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
indomethacin 75 mg CAPSULE, ER MO	\$0 (Nivel 1)	
ketorolac 10 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(20 cada 30 días)
meloxicam 15 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
meloxicam 7.5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
methadone 10 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	QL(240 cada 30 días)
methadone 10 mg/5 ml SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	QL(1800 cada 30 días)
methadone 10 mg/ml CONCENTRATE DL	\$0 (Nivel 1)	QL(360 cada 30 días)
methadone 10 mg/ml SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	QL(360 cada 30 días)
methadone 5 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	QL(480 cada 30 días)
methadone 5 mg/5 ml SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	QL(3600 cada 30 días)
morphine 10 mg/5 ml SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	QL(2700 cada 30 días)
morphine 10 mg/ml SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	BvsD,QL(360 cada 30 días)
morphine 100 mg TABLET ER DL	\$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)
morphine 15 mg TABLET ER DL	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
morphine 15 mg, 30 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)
morphine 20 mg/5 ml (4 mg/ml) SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	QL(1350 cada 30 días)
morphine 200 mg TABLET ER DL	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
morphine 30 mg, 60 mg TABLET ER DL	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
morphine concentrate 100 mg/5 ml (20 mg/ml) SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	QL(540 cada 30 días)
nabumetone 500 mg, 750 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
naproxen 250 mg, 375 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
naproxen 375 mg, 500 mg TABLET, DR/EC MO	\$0 (Nivel 1)	
naproxen 500 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
naproxen sodium 275 mg, 550 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
oxycodone 10 mg, 15 mg, 5 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	QL(360 cada 30 días)
oxycodone 20 mg, 30 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	QL(360 cada 30 días)
oxycodone 20 mg/ml CONCENTRATE DL	\$0 (Nivel 1)	QL(270 cada 30 días)
oxycodone 5 mg CAPSULE DL	\$0 (Nivel 1)	QL(360 cada 30 días)
oxycodone 5 mg/5 ml SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	QL(5400 cada 30 días)
oxycodone-acetaminophen 10-325 mg, 5-325 mg, 7.5-325 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	QL(360 cada 30 días)
oxycodone-acetaminophen 2.5-325 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	QL(360 cada 30 días)
oxycodone-acetaminophen 5-325 mg/5 ml SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	QL(1800 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
piroxicam 10 mg, 20 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
sulindac 150 mg, 200 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
tramadol 100 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
tramadol 100 mg, 200 mg, 300 mg TABLET, ER 24 HR. DL	\$0 (Nivel 1)	ST,QL(30 cada 30 días)
tramadol 100 mg, 200 mg, 300 mg TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE DL	\$0 (Nivel 1)	ST,QL(30 cada 30 días)
tramadol 50 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	QL(240 cada 30 días)
tramadol-acetaminophen 37.5-325 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	QL(240 cada 30 días)
XTAMPZA ER 13.5 MG, 18 MG, 27 MG, 36 MG, 9 MG CAPSULE ER SPRINKLE 12 HR. DL	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)

ANESTÉSICOS - Medicamentos utilizados para tratar el dolor local

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
lidocaine 5 % ADHESIVE PATCH, MEDICATED MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(90 cada 30 días)
lidocaine hcl 2 % JELLY MO	\$0 (Nivel 1)	
lidocaine hcl 2 % JELLY IN APPLICATOR MO	\$0 (Nivel 1)	
lidocaine hcl 2 % SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
lidocaine viscous 2 % SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
lidocaine-prilocaine 2.5-2.5 % CREAM MO	\$0 (Nivel 1)	

ANSIOLÍTICOS - Medicamentos utilizados para tratar la ansiedad

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
alprazolam 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
alprazolam 2 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	QL(150 cada 30 días)
buspirone 10 mg, 15 mg, 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
buspirone 30 mg, 7.5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
clonazepam 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET, DISINTEGRATING DL	\$0 (Nivel 1)	
clonazepam 0.5 mg, 1 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
clonazepam 2 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	
clorazepate dipotassium 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	
diazepam 10 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
diazepam 2 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
diazepam 5 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
diazepam 5 mg/5 ml (1 mg/ml), 5 mg/5 ml (1 mg/ml, 5 ml) SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	QL(1200 cada 30 días)
diazepam 5 mg/ml CONCENTRATE DL	\$0 (Nivel 1)	QL(240 cada 30 días)
diazepam intensol 5 mg/ml CONCENTRATE DL	\$0 (Nivel 1)	QL(240 cada 30 días)
doxepin 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
doxepin 10 mg/ml CONCENTRATE MO	\$0 (Nivel 1)	
hydroxyzine hcl 10 mg, 50 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
hydroxyzine hcl 10 mg/5 ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
hydroxyzine hcl 25 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
lorazepam 0.5 mg, 1 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
lorazepam 2 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	QL(150 cada 30 días)
lorazepam 2 mg/ml CONCENTRATE DL	\$0 (Nivel 1)	QL(150 cada 30 días)
lorazepam intensol 2 mg/ml CONCENTRATE DL	\$0 (Nivel 1)	QL(150 cada 30 días)
oxazepam 10 mg, 15 mg, 30 mg CAPSULE DL	\$0 (Nivel 1)	

ANTIBACTERIANOS - Medicamentos utilizados para tratar infecciones causadas por bacterias

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
acetic acid 2 % SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
amoxicillin 125 mg, 250 mg CHEWABLE TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
amoxicillin 125 mg/5 ml, 200 mg/5 ml, 250 mg/5 ml, 400 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
amoxicillin 250 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
amoxicillin 500 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
amoxicillin 500 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
amoxicillin 875 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
amoxicillin-pot clavulanate 200-28.5 mg/5 ml, 250-62.5 mg/5 ml, 400-57 mg/5 ml, 600-42.9 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
amoxicillin-pot clavulanate 250-125 mg, 500-125 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
amoxicillin-pot clavulanate 875-125 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
ampicillin 500 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
ampicillin sodium 1 gram, 10 gram, 125 mg, 2 gram, 250 mg, 500 mg RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
ampicillin-sulbactam 1.5 gram, 15 gram, 3 gram RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
azithromycin 1 gram PACKET MO	\$0 (Nivel 1)	
azithromycin 100 mg/5 ml, 200 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
azithromycin 250 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
azithromycin 500 mg RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
azithromycin 500 mg, 600 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
aztreonam 1 gram, 2 gram RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
bacitracin 50,000 unit RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
BICILLIN C-R 1,200,000 UNIT/ 2 ML(600K/600K), 1,200,000 UNIT/ 2 ML(900K/300K) SYRINGE MO	\$0 (Nivel 2)	
BICILLIN L-A 1,200,000 UNIT/2 ML, 2,400,000 UNIT/4 ML, 600,000 UNIT/ML SYRINGE MO	\$0 (Nivel 2)	
cefaclor 250 mg, 500 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
cefadroxil 250 mg/5 ml, 500 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
cefadroxil 500 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
cefazolin 1 gram, 10 gram, 2 gram, 500 mg RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
CEFAZOLIN 2 GRAM, 3 GRAM RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
cefazolin in dextrose (iso-os) 1 gram/50 ml, 2 gram/100 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK MO	\$0 (Nivel 1)	
cefdinir 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
cefdinir 300 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
cefepime 1 gram, 2 gram RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
cefixime 400 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
cefotaxime 1 gram RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
cefotetan 1 gram, 10 gram, 2 gram RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
cefotixin 1 gram, 10 gram, 2 gram RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
cefotixin in dextrose, iso-osm 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK MO	\$0 (Nivel 1)	
cefpodoxime 100 mg, 200 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
cefprozil 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
cefprozil 250 mg, 500 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
ceftazidime 1 gram, 2 gram, 6 gram RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
ceftazidime in d5w 1 gram/50 ml, 2 gram/50 ml PIGGYBACK MO	\$0 (Nivel 1)	
ceftriaxone 1 gram, 10 gram, 2 gram, 250 mg, 500 mg RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
cefuroxime axetil 250 mg, 500 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
cefuroxime sodium 1.5 gram, 7.5 gram, 750 mg RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
cephalexin 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
cephalexin 250 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
cephalexin 500 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
chloramphenicol sod succinate 1 gram RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
ciprofloxacin hcl 100 mg, 250 mg, 750 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
ciprofloxacin hcl 500 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
ciprofloxacin in 5 % dextrose 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml PIGGYBACK MO	\$0 (Nivel 1)	
clarithromycin 125 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
clarithromycin 250 mg, 500 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
clarithromycin 250 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
clarithromycin 500 mg TABLET, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	
clindamycin hcl 150 mg, 75 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
clindamycin hcl 300 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
clindamycin in 0.9 % sod chlor 300 mg/50 ml, 600 mg/50 ml, 900 mg/50 ml PIGGYBACK MO	\$0 (Nivel 1)	
clindamycin in 5 % dextrose 300 mg/50 ml, 600 mg/50 ml, 900 mg/50 ml PIGGYBACK MO	\$0 (Nivel 1)	
clindamycin pediatric 75 mg/5 ml RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
clindamycin phosphate 150 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
clindamycin phosphate 2 % CREAM MO	\$0 (Nivel 1)	
colistin (colistimethate na) 150 mg RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
daptomycin 350 mg, 500 mg RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	
demeclocycline 150 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(240 cada 30 días)
demeclocycline 300 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
dicloxacillin 250 mg, 500 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
DIFICID 200 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	
DIFICID 40 MG/ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	\$0 (Nivel 2)	
doxy-100 100 mg RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
doxycycline hyclate 100 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
doxycycline hyclate 100 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
doxycycline hyclate 20 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
doxycycline hyclate 50 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
doxycycline monohydrate 100 mg, 50 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
doxycycline monohydrate 100 mg, 50 mg, 75 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
doxycycline monohydrate 25 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
ertapenem 1 gram RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
ERYTHROCIN 500 MG RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
erythromycin 250 mg CAPSULE, DR/EC MO	\$0 (Nivel 1)	
erythromycin lactobionate 500 mg RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
gentamicin 0.1 % CREAM MO	\$0 (Nivel 1)	
gentamicin 0.1 % OINTMENT MO	\$0 (Nivel 1)	
gentamicin 40 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
gentamicin in nacl (iso-osm) 100 mg/100 ml, 60 mg/50 ml, 70 mg/50 ml, 80 mg/100 ml, 80 mg/50 ml, 90 mg/100 ml PIGGYBACK MO	\$0 (Nivel 1)	
imipenem-cilastatin 250 mg, 500 mg RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
levofloxacin 25 mg/ml, 250 mg/10 ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
levofloxacin 250 mg, 750 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
levofloxacin 500 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
levofloxacin in d5w 250 mg/50 ml, 500 mg/100 ml, 750 mg/150 ml PIGGYBACK MO	\$0 (Nivel 1)	
lincomycin 300 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
linezolid 100 mg/5 ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	\$0 (Nivel 1)	QL(1800 cada 30 días)
linezolid 600 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
linezolid in dextrose 5% 600 mg/300 ml PIGGYBACK MO	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
linezolid-0.9% sodium chloride 600 mg/300 ml PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
meropenem 1 gram, 500 mg RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
meropenem-0.9% sodium chloride 1 gram/50 ml, 500 mg/50 ml PIGGYBACK MO	\$0 (Nivel 1)	
methenamine hippurate 1 gram TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
metronidazole 0.75 % CREAM MO	\$0 (Nivel 1)	
metronidazole 0.75 % LOTION MO	\$0 (Nivel 1)	
metronidazole 0.75 %, 0.75 % (37.5mg/5 gram), 1 % GEL MO	\$0 (Nivel 1)	
metronidazole 250 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
metronidazole 500 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
metronidazole in nacl (iso-os) 500 mg/100 ml PIGGYBACK MO	\$0 (Nivel 1)	
minocycline 100 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
mondoxylene nl 100 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
moxifloxacin 400 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
nafcillin 1 gram, 10 gram RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
nafcillin in dextrose iso-osm 1 gram/50 ml, 2 gram/100 ml PIGGYBACK DL	\$0 (Nivel 2)	
neomycin 500 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
nitrofurantoin macrocrystal 100 mg, 50 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
nitrofurantoin monohyd/m-cryst 100 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
NUZYRA 150 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 14 días)
ofloxacin 300 mg, 400 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
ORBACTIV 400 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	QL(3 cada 28 días)
paramomycin 250 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
penicillin g potassium 20 million unit, 5 million unit RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
penicillin g procaine 1.2 million unit/2 ml, 600,000 unit/ml SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
penicillin g sodium 5 million unit RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	
penicillin v potassium 125 mg/5 ml, 250 mg/5 ml RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
penicillin v potassium 250 mg, 500 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
pfizerpen-g 20 million unit, 5 million unit RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
piperacillin-tazobactam 13.5 gram, 2.25 gram, 3.375 gram, 4.5 gram, 40.5 gram RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
polymyxin b sulfate 500,000 unit RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
PRIMSOL 50 MG/5 ML SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
SIVEXTRO 200 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	QL(6 cada 28 días)
SIVEXTRO 200 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(6 cada 28 días)
streptomycin 1 gram RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	
sulfacetamide sodium 10 % OINTMENT MO	\$0 (Nivel 1)	
sulfadiazine 500 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
sulfamethoxazole-trimethoprim 200-40 mg/5 ml SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 1)	
sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
sulfamethoxazole-trimethoprim 400-80 mg/5 ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
sulfamethoxazole-trimethoprim 800-160 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
SUPRAX 400 MG CAPSULE MO	\$0 (Nivel 2)	
SYNERCID 500 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	
TEFLARO 400 MG, 600 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	
tigecycline 50 mg RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	
tinidazole 250 mg, 500 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
tobramycin 300 mg/4 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION DL	\$0 (Nivel 1)	PA
tobramycin sulfate 10 mg/ml, 40 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
tobramycin with nebulizer 300 mg/5 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION DL	\$0 (Nivel 1)	PA
trimethoprim 100 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
vancomycin 1,000 mg, 1.25 gram, 1.5 gram, 10 gram, 250 mg, 5 gram, 500 mg RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
vancomycin 125 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(120 cada 30 días)
vancomycin 250 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(240 cada 30 días)
ZERBAXA 1.5 GRAM RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	

ANTICONVULSIVOS - Medicamentos utilizados para tratar las convulsiones

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
APTIO 200 MG, 400 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
APTIO 600 MG, 800 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
BRIVIACT 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
BRIVIACT 10 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(600 cada 30 días)
BRIVIACT 50 MG/5 ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
carbamazepine 100 mg CHEWABLE TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
carbamazepine 100 mg, 200 mg TABLET, ER 12 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
carbamazepine 100 mg, 200 mg, 300 mg CAPSULE ER MULTIPHASE 12 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	
carbamazepine 100 mg/5 ml, 200 mg/10 ml SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 1)	
carbamazepine 200 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
carbamazepine 400 mg TABLET, ER 12 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	QL(225 cada 30 días)
CELONTIN 300 MG CAPSULE MO	\$0 (Nivel 2)	
clobazam 10 mg, 20 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	PA
clobazam 2.5 mg/ml SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 1)	PA
DIACOMIT 250 MG, 500 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(180 cada 30 días)
DIACOMIT 250 MG, 500 MG POWDER IN PACKET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(180 cada 30 días)
diazepam 12.5-15-17.5-20 mg, 2.5 mg, 5-7.5-10 mg KIT DL	\$0 (Nivel 1)	
DILANTIN INFATABS 50 MG CHEWABLE TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
DILANTIN-125 125 MG/5 ML SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 2)	
divalproex 125 mg CAPSULE, DR SPRINKLE MO	\$0 (Nivel 1)	
divalproex 125 mg, 250 mg, 500 mg TABLET, DR/EC MO	\$0 (Nivel 1)	
divalproex 250 mg, 500 mg TABLET, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	
EPIDIOLEX 100 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
epitol 200 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
ethosuximide 250 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
ethosuximide 250 mg/5 ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
felbamate 400 mg, 600 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
felbamate 600 mg/5 ml SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 1)	
FINTEPLA 2.2 MG/ML SOLUTION DL,LA	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(360 cada 30 días)
fosphenytoin 100 mg pe/2 ml, 500 mg pe/10 ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
FYCOMPA 0.5 MG/ML SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(680 cada 28 días)
FYCOMPA 10 MG, 12 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
FYCOMPA 2 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
gabapentin 100 mg, 300 mg, 400 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	QL(270 cada 30 días)
gabapentin 250 mg/5 ml, 250 mg/5 ml (5 ml), 300 mg/6 ml (6 ml) SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	QL(2250 cada 30 días)
gabapentin 600 mg, 800 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
lacosamide 10 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	QL(1395 cada 30 días)
lacosamide 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
lacosamide 200 mg/20 ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
lamotrigine 100 mg, 200 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
lamotrigine 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg TABLET, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	
lamotrigine 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	\$0 (Nivel 1)	
lamotrigine 150 mg, 25 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
lamotrigine 25 mg (21) -50 mg (7), 25 mg(14)-50 mg (14)-100 mg (7), 50 mg (42) -100 mg (14) TABLET, DISINTEGRATING,DOSE PK MO	\$0 (Nivel 1)	
lamotrigine 25 mg (35), 25 mg (42) -100 mg (7), 25 mg (84) -100 mg (14) TABLET, DOSE PACK MO	\$0 (Nivel 1)	
lamotrigine 25 mg, 5 mg TABLET, CHEWABLE DISPERSIBLE MO	\$0 (Nivel 1)	
levetiracetam 1,000 mg, 250 mg, 750 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
levetiracetam 100 mg/ml, 500 mg/5 ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
levetiracetam 500 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
levetiracetam 500 mg TABLET, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)
levetiracetam 500 mg/5 ml (5 ml) SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	QL(900 cada 30 días)
levetiracetam 750 mg TABLET, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
levetiracetam in nacl (iso-os) 1,000 mg/100 ml, 1,500 mg/100 ml, 500 mg/100 ml PIGGYBACK MO	\$0 (Nivel 1)	
methsuximide 300 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
NAYZILAM 5 MG/SPRAY (0.1 ML) SPRAY, NON-AEROSOL DL	\$0 (Nivel 2)	QL(10 cada 30 días)
oxcarbazepine 150 mg, 300 mg, 600 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
oxcarbazepine 300 mg/5 ml (60 mg/ml) SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 1)	
phenobarbital 100 mg, 16.2 mg, 32.4 mg, 64.8 mg, 97.2 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
phenobarbital 15 mg, 60 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
phenobarbital 20 mg/5 ml (4 mg/ml) ELIXIR MO	\$0 (Nivel 1)	QL(1500 cada 30 días)
phenobarbital 30 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(300 cada 30 días)
PHENYTEK 200 MG, 300 MG CAPSULE MO	\$0 (Nivel 2)	
phenytoin 100 mg/4 ml, 125 mg/5 ml SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 1)	
phenytoin 50 mg CHEWABLE TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
phenytoin sodium 50 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
phenytoin sodium extended 100 mg, 200 mg, 300 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
primidone 125 mg, 250 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
primidone 50 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
roweepra 1,000 mg, 500 mg, 750 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
roweepra xr 500 mg TABLET, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)
roweepra xr 750 mg TABLET, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
rufinamide 200 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(480 cada 30 días)
rufinamide 40 mg/ml SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(2760 cada 30 días)
rufinamide 400 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(240 cada 30 días)
SPRITAM 1,000 MG TABLET FOR SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 2)	ST,QL(90 cada 30 días)
SPRITAM 250 MG TABLET FOR SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 2)	ST,QL(360 cada 30 días)
SPRITAM 500 MG TABLET FOR SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 2)	ST,QL(180 cada 30 días)
SPRITAM 750 MG TABLET FOR SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 2)	ST,QL(120 cada 30 días)
subvenite 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
subvenite starter (blue) kit 25 mg (35) TABLET, DOSE PACK MO	\$0 (Nivel 1)	
subvenite starter (green) kit 25 mg (84) -100 mg (14) TABLET, DOSE PACK MO	\$0 (Nivel 1)	
subvenite starter (orange) kit 25 mg (42) -100 mg (7) TABLET, DOSE PACK MO	\$0 (Nivel 1)	
SYMPAZAN 10 MG, 20 MG, 5 MG FILM DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
tiagabine 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
valproate sodium 500 mg/5 ml (100 mg/ml) SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
valproic acid 250 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
valproic acid (as sodium salt) 250 mg/5 ml, 250 mg/5 ml (5 ml), 500 mg/10 ml (10 ml) SOLUTION MO	\$0 (Nivel 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) SPRAY, NON-AEROSOL DL	\$0 (Nivel 2)	QL(10 cada 30 días)
vigabatrin 500 mg POWDER IN PACKET DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(180 cada 30 días)
vigabatrin 500 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(180 cada 30 días)
vigadrone 500 mg POWDER IN PACKET DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(180 cada 30 días)
vigadrone 500 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(180 cada 30 días)
XCOPRI 100 MG, 50 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
XCOPRI 150 MG, 200 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
XCOPRI MAINTENANCE PACK 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 250MG/DAY(150 MG X1-100MG X1), 350 MG/DAY (200 MG X1-150MG X1) TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(56 cada 28 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
XCOPRI TITRATION PACK 12.5 MG (14)- 25 MG (14) TABLET, DOSE PACK MO	\$0 (Nivel 2)	QL(28 cada 28 días)
XCOPRI TITRATION PACK 150 MG (14)- 200 MG (14), 50 MG (14)- 100 MG (14) TABLET, DOSE PACK DL	\$0 (Nivel 2)	QL(28 cada 28 días)
ZONISADE 100 MG/5 ML SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(900 cada 30 días)
zonisamide 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
ZTALMY 50 MG/ML SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1080 cada 30 días)

ANTIDEPRESIVOS - Medicamentos utilizados para tratar la depresión

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
amitriptyline 10 mg, 100 mg, 150 mg, 50 mg, 75 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
amitriptyline 25 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
amoxapine 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
AUVELITY 45-105 MG TABLET, IR/ER, BIPHASIC DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
bupropion hcl 100 mg TABLET, SR 12 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
bupropion hcl 100 mg, 75 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)
bupropion hcl 150 mg TABLET, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
bupropion hcl 150 mg TABLET, SR 12 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
bupropion hcl 200 mg TABLET, SR 12 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
bupropion hcl 300 mg TABLET, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
citalopram 10 mg, 40 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
citalopram 10 mg/5 ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
citalopram 20 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
clomipramine 25 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
desipramine 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
desvenlafaxine succinate 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
DRIZALMA SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG CAPSULE, DR SPRINKLE MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
duloxetine 20 mg CAPSULE, DR/EC MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
duloxetine 30 mg CAPSULE, DR/EC MO	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
duloxetine 60 mg CAPSULE, DR/EC MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
EMSAM 12 MG/24 HR, 6 MG/24 HR, 9 MG/24 HR PATCH, 24 HR. DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
escitalopram oxalate 10 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(45 cada 30 días)
escitalopram oxalate 20 mg, 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
escitalopram oxalate 5 mg/5 ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	QL(600 cada 30 días)
FETZIMA 120 MG, 20 MG, 40 MG, 80 MG CAPSULE, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
FETZIMA 20 MG (2)- 40 MG (26) CAPSULE, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
fluoxetine 10 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
fluoxetine 20 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
fluoxetine 20 mg/5 ml (4 mg/ml) SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
fluoxetine 40 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
fluoxetine 90 mg CAPSULE, DR/EC MO	\$0 (Nivel 1)	QL(4 cada 28 días)
fluvoxamine 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
imipramine hcl 10 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
imipramine hcl 25 mg, 50 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
imipramine pamoate 100 mg, 125 mg, 150 mg, 75 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
MARPLAN 10 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	
mirtazapine 15 mg, 30 mg, 45 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
mirtazapine 15 mg, 30 mg, 7.5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
mirtazapine 45 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
nefazodone 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
nortriptyline 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
nortriptyline 10 mg/5 ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
paroxetine hcl 10 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
paroxetine hcl 10 mg/5 ml SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 1)	
paroxetine hcl 20 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
paroxetine hcl 30 mg, 40 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
PAXIL 10 MG/5 ML SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 2)	
perphenazine-amitriptyline 2-10 mg, 2-25 mg, 4-10 mg, 4-25 mg, 4-50 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
phenelzine 15 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
protriptyline 10 mg, 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
sertraline 100 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
sertraline 20 mg/ml CONCENTRATE MO	\$0 (Nivel 1)	
sertraline 25 mg, 50 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
tranylcypromine 10 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
trazodone 100 mg, 150 mg, 50 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
trazodone 300 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
trimipramine 100 mg, 25 mg, 50 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
TRINTELLIX 10 MG, 20 MG, 5 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	ST,QL(30 cada 30 días)
venlafaxine 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
venlafaxine 150 mg CAPSULE, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
venlafaxine 37.5 mg CAPSULE, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
venlafaxine 75 mg CAPSULE, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
VIIBRYD 10 MG (7)- 20 MG (23) TABLET, DOSE PACK MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
vilazodone 10 mg, 20 mg, 40 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(30 cada 30 días)

ANTIEMÉTICOS - Medicamentos utilizados para tratar las náuseas y el vómito

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
aprepitant 125 mg (1)- 80 mg (2) CAPSULE, DOSE PACK MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD,QL(6 cada 28 días)
aprepitant 125 mg, 40 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD,QL(2 cada 28 días)
aprepitant 80 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD,QL(4 cada 28 días)
compro 25 mg SUPPOSITORY MO	\$0 (Nivel 1)	
dronabinol 10 mg, 2.5 mg, 5 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD,QL(120 cada 30 días)
granisetron (pf) 1 mg/ml (1 ml), 100 mcg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
granisetron hcl 1 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD,QL(28 cada 28 días)
granisetron hcl 1 mg/ml, 1 mg/ml (1 ml) SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
meclizine 12.5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
meclizine 25 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
metoclopramide hcl 10 mg, 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
ondansetron 4 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD,QL(90 cada 30 días)
ondansetron 8 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD,QL(90 cada 30 días)
ondansetron hcl 2 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
ondansetron hcl 4 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD,QL(90 cada 30 días)
ondansetron hcl 4 mg/5 ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD,QL(450 cada 30 días)
ondansetron hcl 8 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD,QL(90 cada 30 días)
ondansetron hcl (pf) 4 mg/2 ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ondansetron hcl (pf) 4 mg/2 ml SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
prochlorperazine 25 mg SUPPOSITORY MO	\$0 (Nivel 1)	
prochlorperazine edisylate 10 mg/2 ml (5 mg/ml), 5 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
prochlorperazine maleate 10 mg, 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
promethazine 12.5 mg, 50 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
promethazine 25 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
SANCUSO 3.1 MG/24 HOUR PATCH, WEEKLY DL	\$0 (Nivel 2)	QL(4 cada 30 días)
scopolamine base 1 mg over 3 days PATCH, 3 DAY MO	\$0 (Nivel 1)	QL(10 cada 30 días)
trimethobenzamide 300 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD

ANTIFÚNGICOS - Medicamentos utilizados infecciones por hongos

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ABELCET 5 MG/ML SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
AMBISOME 50 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	\$0 (Nivel 2)	BvsD
amphotericin b 50 mg RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
amphotericin b liposome 50 mg SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	\$0 (Nivel 1)	BvsD
caspofungin 50 mg RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	
caspofungin 70 mg RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
ciclodan 8 % SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	QL(13.2 cada 30 días)
ciclopirox 0.77 % CREAM MO	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
ciclopirox 0.77 % GEL MO	\$0 (Nivel 1)	QL(100 cada 30 días)
ciclopirox 0.77 % SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
ciclopirox 8 % SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	QL(13.2 cada 30 días)
clotrimazole 1 % CREAM MO	\$0 (Nivel 1)	
clotrimazole 1 % SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
clotrimazole 10 mg TROCHE MO	\$0 (Nivel 1)	
clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % CREAM MO	\$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)
clotrimazole-betamethasone 1-0.05 % LOTION MO	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 28 días)
fluconazole 10 mg/ml, 40 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
fluconazole 100 mg, 200 mg, 50 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
fluconazole 150 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
fluconazole in nacl (iso-osm) 100 mg/50 ml, 200 mg/100 ml, 400 mg/200 ml PIGGYBACK MO	\$0 (Nivel 1)	
flucytosine 250 mg, 500 mg CAPSULE DL	\$0 (Nivel 1)	
griseofulvin microsize 125 mg/5 ml SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 1)	
griseofulvin microsize 500 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
griseofulvin ultramicrosize 125 mg, 250 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
itraconazole 100 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
ketoconazole 2 % CREAM MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
ketoconazole 2 % SHAMPOO MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
ketoconazole 200 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	PA
miconazole-3 200 mg SUPPOSITORY MO	\$0 (Nivel 1)	
NOXAFIL 100 MG TABLET, DR/EC DL	\$0 (Nivel 2)	PA
NOXAFIL 200 MG/5 ML (40 MG/ML) SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(840 cada 28 días)
NOXAFIL 300 MG SUSPENSION, DR FOR RECON DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(32 cada 30 días)
NOXAFIL 300 MG/16.7 ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
nyamyc 100,000 unit/gram POWDER MO	\$0 (Nivel 1)	PA
nystatin 100,000 unit/gram CREAM MO	\$0 (Nivel 1)	
nystatin 100,000 unit/gram OINTMENT MO	\$0 (Nivel 1)	
nystatin 100,000 unit/gram POWDER MO	\$0 (Nivel 1)	PA
nystatin 100,000 unit/ml SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 1)	
nystatin 500,000 unit TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
nystatin-triamcinolone 100,000-0.1 unit/g-% CREAM MO	\$0 (Nivel 1)	
nystatin-triamcinolone 100,000-0.1 unit/gram-% OINTMENT MO	\$0 (Nivel 1)	
nystop 100,000 unit/gram POWDER MO	\$0 (Nivel 1)	PA
posaconazole 100 mg TABLET, DR/EC DL	\$0 (Nivel 1)	PA
posaconazole 200 mg/5 ml (40 mg/ml) SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(840 cada 28 días)
posaconazole 300 mg/16.7 ml SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	PA
terbinafine hcl 250 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
terconazole 0.4 %, 0.8 % CREAM MO	\$0 (Nivel 1)	
terconazole 80 mg SUPPOSITORY MO	\$0 (Nivel 1)	
voriconazole 200 mg RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	PA
voriconazole 200 mg, 50 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(120 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
voriconazole 200 mg/5 ml (40 mg/ml) SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(400 cada 30 días)

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

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
cycloserine 250 mg CAPSULE ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	
dapsone 100 mg, 25 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
ethambutol 100 mg, 400 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
isoniazid 100 mg, 300 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
isoniazid 100 mg/ml, 50 mg/5 ml SOLUTION ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
PASER 4 GRAM DR GRANULES IN PACKET ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	
PRIFTIN 150 MG TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	
pyrazinamide 500 mg TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
rifabutin 150 mg CAPSULE ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
rifampin 150 mg, 300 mg CAPSULE ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
rifampin 600 mg RECON SOLUTION ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	
SIRTURO 100 MG TABLET ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(68 cada 28 días)
SIRTURO 20 MG TABLET ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(340 cada 28 días)
TRECATOR 250 MG TABLET ^{MO}	\$0 (Nivel 2)	

ANTINEOPLASICOS

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
abiraterone 250 mg TABLET ^{DL}	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(120 cada 30 días)
ABRAXANE 100 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA
ADCETRIS 50 MG RECON SOLUTION ^{DL}	\$0 (Nivel 2)	PA
adriamycin 10 mg RECON SOLUTION ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	BvsD
adriamycin 10 mg/5 ml, 2 mg/ml, 20 mg/10 ml, 50 mg/25 ml SOLUTION ^{MO}	\$0 (Nivel 1)	BvsD

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ADRIAMYCIN 50 MG RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
ALECENSA 150 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(240 cada 30 días)
ALIMTA 100 MG, 500 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
ALIQOPA 60 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(3 cada 28 días)
ALUNBRIG 180 MG, 90 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
ALUNBRIG 30 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(180 cada 30 días)
ALUNBRIG 90 MG (7)- 180 MG (23) TABLET, DOSE PACK DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
<i>anastrozole 1 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
ARRANON 250 MG/50 ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	
<i>arsenic trioxide 1 mg/ml, 2 mg/ml SOLUTION</i> DL	\$0 (Nivel 1)	PA
ASPARLAS 750 UNIT/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
AYVAKIT 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
<i>azacitidine 100 mg RECON SOLUTION</i> DL	\$0 (Nivel 1)	PA
BALVERSA 3 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(90 cada 30 días)
BALVERSA 4 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
BALVERSA 5 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
BAVENCIO 20 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
BELEODAQ 500 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>bendamustine 100 mg, 25 mg RECON SOLUTION</i> DL	\$0 (Nivel 1)	PA
BENDEKA 25 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
BESPONSA 0.9 MG (0.25 MG/ML INITIAL) RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>bexarotene 1 % GEL</i> DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(240 cada 30 días)
<i>bexarotene 75 mg CAPSULE</i> DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(300 cada 30 días)
<i>bicalutamide 50 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
BICNU 100 MG RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
BLENREP 100 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>bleomycin 15 unit, 30 unit RECON SOLUTION</i> MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
BORTEZOMIB 1 MG, 2.5 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>bortezomib 3.5 mg RECON SOLUTION</i> DL	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>bortezomib 3.5 mg RECON SOLUTION</i> DL	\$0 (Nivel 1)	PA
BOSULIF 100 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
BOSULIF 400 MG, 500 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
BRAFTOVI 75 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(180 cada 30 días)
BRUKINSA 80 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
busulfan 60 mg/10 ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
BUSULFEX 60 MG/10 ML SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
CABOMETYX 20 MG, 40 MG, 60 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
CALQUENCE 100 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL) 100 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
CAPRELSA 100 MG TABLET DL,LA	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
CAPRELSA 300 MG TABLET DL,LA	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
carboplatin 10 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
carmustine 100 mg RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
cisplatin 1 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
cladribine 10 mg/10 ml SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	BvsD
clofarabine 1 mg/ml SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	
CLOLAR 1 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	
COLUMVI 1 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
COMETRIQ 100 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X1) CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(56 cada 28 días)
COMETRIQ 140 MG/DAY(80 MG X1-20 MG X3) CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(112 cada 28 días)
COMETRIQ 60 MG/DAY (20 MG X 3/DAY) CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(84 cada 28 días)
COPIKTRA 15 MG, 25 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(56 cada 28 días)
COSMEGEN 0.5 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	
COTELLIC 20 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(63 cada 28 días)
cyclophosphamide 1 gram, 2 gram, 500 mg RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
cyclophosphamide 200 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
CYCLOPHOSPHAMIDE 200 MG/ML SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
cyclophosphamide 25 mg, 50 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
cyclophosphamide 25 mg, 50 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
CYRAMZA 10 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
cytarabine 20 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
cytarabine (pf) 100 mg/5 ml (20 mg/ml), 2 gram/20 ml (100 mg/ml), 20 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
dacarbazine 100 mg, 200 mg RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
dactinomycin 0.5 mg RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	
DANYELZA 4 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 28 días)
DARZALEX 20 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
DARZALEX FASPRO 1,800 MG-30,000 UNIT/15 ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
daunorubicin 5 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
DAURISMO 100 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
DAURISMO 25 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
decitabine 50 mg RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	PA
dexrazoxane hcl 250 mg, 500 mg RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
DOCEFREZ 20 MG RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
DOCEFREZ 80 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	
docetaxel 160 mg/16 ml (10 mg/ml), 160 mg/8 ml (20 mg/ml), 20 mg/2 ml (10 mg/ml), 20 mg/ml (1 ml), 80 mg/4 ml (20 mg/ml), 80 mg/8 ml (10 mg/ml) SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
doxorubicin 10 mg, 50 mg RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
doxorubicin 10 mg/5 ml, 2 mg/ml, 20 mg/10 ml, 50 mg/25 ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
doxorubicin, peg-liposomal 2 mg/ml SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 1)	PA
ELZONRIS 1,000 MCG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(10 cada 21 días)
EMCYT 140 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	
EMPLICITI 300 MG, 400 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
ENHERTU 100 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
epirubicin 200 mg/100 ml, 50 mg/25 ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
epirubicin 50 mg RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
EPKINLY 4 MG/0.8 ML, 48 MG/0.8 ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
ERBITUX 100 MG/50 ML, 200 MG/100 ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
ERIVEDGE 150 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
ERLEADA 240 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
ERLEADA 60 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
erlotinib 100 mg, 150 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(30 cada 30 días)
erlotinib 25 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(90 cada 30 días)
ERWINAZE 10,000 UNIT RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
ETOPOPHOS 100 MG RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
etoposide 20 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
EULEXIN 125 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 1)	PA
everolimus (antineoplastic) 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(30 cada 30 días)
everolimus (antineoplastic) 2 mg, 3 mg, 5 mg TABLET FOR SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 1)	PA
EVOMELA 50 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
exemestane 25 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
EXKIVITY 40 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
fludarabine 50 mg RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
fludarabine 50 mg/2 ml SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	
fluorouracil 1 gram/20 ml, 2.5 gram/50 ml, 5 gram/100 ml, 500 mg/10 ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
flutamide 125 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
FOLOTYN 20 MG/ML (1 ML), 40 MG/2 ML (20 MG/ML) SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
FOTIVDA 0.89 MG, 1.34 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(21 cada 28 días)
fulvestrant 250 mg/5 ml SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(30 cada 30 días)
FYARRO 100 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
GAVRETO 100 MG CAPSULE DL,LA	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
GAZYVA 1,000 MG/40 ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 28 días)
gefitinib 250 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(30 cada 30 días)
gemcitabine 1 gram, 2 gram, 200 mg RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
gemcitabine 1 gram/26.3 ml (38 mg/ml), 2 gram/52.6 ml (38 mg/ml), 200 mg/5.26 ml (38 mg/ml) SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
GILOTRIF 20 MG, 30 MG, 40 MG TABLET DL,LA	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
GLEOSTINE 10 MG, 40 MG CAPSULE MO	\$0 (Nivel 2)	PA
GLEOSTINE 100 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA
HALAVEN 1 MG/2 ML (0.5 MG/ML) SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	
hydroxyurea 500 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
IBRANCE 100 MG, 125 MG, 75 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(21 cada 28 días)
IBRANCE 100 MG, 125 MG, 75 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(21 cada 28 días)
ICLUSIG 10 MG, 30 MG, 45 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
ICLUSIG 15 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
idarubicin 1 mg/ml SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	
IDHIFA 100 MG, 50 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
ifosfamide 1 gram, 3 gram RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
ifosfamide 1 gram/20 ml, 3 gram/60 ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
imatinib 100 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(90 cada 30 días)
imatinib 400 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(60 cada 30 días)
IMBRUVICA 140 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
IMBRUVICA 420 MG, 560 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
IMBRUVICA 70 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
IMBRUVICA 70 MG/ML SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
IMFINZI 50 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
IMJUDO 20 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
IMLYGIC 10EXP6 (1 MILLION) PFU/ML SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(4 cada 365 días)
IMLYGIC 10EXP8 (100 MILLION) PFU/ML SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(8 cada 28 días)
INLYTA 1 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(180 cada 30 días)
INLYTA 5 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
INQOVI 35-100 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(5 cada 28 días)
INREBIC 100 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
IRESSA 250 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
irinotecan 100 mg/5 ml, 300 mg/15 ml, 40 mg/2 ml, 500 mg/25 ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
ISTODAX 10 MG/2 ML RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
IXEMPRA 15 MG, 45 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
JAKAFI 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
JAYPIRCA 100 MG, 50 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(90 cada 30 días)
JEMPERLI 50 MG/ML SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(20 cada 42 días)
JEVTANA 10 MG/ML (FIRST DILUTION) SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
KADCYLA 100 MG, 160 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
KANJINTI 150 MG, 420 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
KEYTRUDA 25 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
KIMMTRAK 100 MCG/0.5 ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
KISQALI 200 MG/DAY (200 MG X 1) TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(21 cada 28 días)
KISQALI 400 MG/DAY (200 MG X 2) TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(42 cada 28 días)
KISQALI 600 MG/DAY (200 MG X 3) TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(63 cada 28 días)
KISQALI FEMARA CO-PACK 200 MG/DAY(200 MG X 1)-2.5 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(49 cada 28 días)
KISQALI FEMARA CO-PACK 400 MG/DAY(200 MG X 2)-2.5 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(70 cada 28 días)
KISQALI FEMARA CO-PACK 600 MG/DAY(200 MG X 3)-2.5 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(91 cada 28 días)
KOSELUGO 10 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(240 cada 30 días)
KOSELUGO 25 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
KRAZATI 200 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(180 cada 30 días)
KYPROLIS 10 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(6 cada 28 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
KYPROLIS 30 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(3 cada 28 días)
KYPROLIS 60 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(12 cada 28 días)
lapatinib 250 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(180 cada 30 días)
lenalidomide 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 25 mg, 5 mg CAPSULE DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(28 cada 28 días)
LENVIMA 10 MG/DAY (10 MG X 1), 4 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
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 DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(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 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
letrozole 2.5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
leucovorin calcium 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
leucovorin calcium 10 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
leucovorin calcium 100 mg, 200 mg, 350 mg, 50 mg, 500 mg RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
LEUKERAN 2 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	
levoleucovorin calcium 10 mg/ml SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	PA
levoleucovorin calcium 50 mg RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	PA
LIBTAYO 50 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(7 cada 21 días)
LONSURF 15-6.14 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(100 cada 30 días)
LONSURF 20-8.19 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(80 cada 30 días)
LORBRENA 100 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
LORBRENA 25 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(90 cada 30 días)
LUMAKRAS 120 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(240 cada 30 días)
LUMAKRAS 320 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(90 cada 30 días)
LUMOXITI 1 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
LUNSUMIO 1 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
LYNPARZA 100 MG, 150 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
LYTGOBI 4 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(140 cada 28 días)
MARGENZA 25 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
MATULANE 50 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	
MEKINIST 0.05 MG/ML RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1170 cada 28 días)
MEKINIST 0.5 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
MEKINIST 2 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
MEKTOVI 15 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(180 cada 30 días)
melfalan 2 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>melfhalan hcl 50 mg RECON SOLUTION</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>mercaptopurine 50 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
MESNEX 400 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	
<i>mitomycin 20 mg, 40 mg, 5 mg RECON SOLUTION</i> DL	\$0 (Nivel 1)	
<i>mitoxantrone 2 mg/ml CONCENTRATE</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
MUTAMYCIN 20 MG, 40 MG, 5 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	
MVASI 25 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
MYLOTARG 4.5 MG (1 MG/ML INITIAL CONC) RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>nelarabine 250 mg/50 ml SOLUTION</i> DL	\$0 (Nivel 1)	
NERLYNX 40 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(180 cada 30 días)
<i>nilutamide 150 mg TABLET</i> DL	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
NINLARO 2.3 MG, 3 MG, 4 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(3 cada 28 días)
NUBEQA 300 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
ODOMZO 200 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
ONCASPAR 750 UNIT/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
ONIVYDE 4.3 MG/ML DISPERSION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
ONUREG 200 MG, 300 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(14 cada 28 días)
OPDIVO 100 MG/10 ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(40 cada 28 días)
OPDIVO 120 MG/12 ML, 240 MG/24 ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(48 cada 28 días)
OPDIVO 40 MG/4 ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(16 cada 28 días)
OPDUALAG 240-80 MG/20 ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(40 cada 28 días)
ORSERDU 345 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
ORSERDU 86 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(90 cada 30 días)
<i>oxaliplatin 100 mg, 50 mg RECON SOLUTION</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>oxaliplatin 100 mg/20 ml, 200 mg/40 ml, 50 mg/10 ml (5 mg/ml) SOLUTION</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>paclitaxel 6 mg/ml CONCENTRATE</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
<i>paclitaxel protein-bound 100 mg SUSPENSION FOR RECONSTITUTION</i> DL	\$0 (Nivel 2)	PA
PADCEV 20 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(21 cada 28 días)
PADCEV 30 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(15 cada 28 días)
PANRETIN 0.1 % GEL DL	\$0 (Nivel 2)	PA
<i>paraplatin 10 mg/ml SOLUTION</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
PEMAZYRE 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
<i>pemetrexed 1 gram, 100 mg, 500 mg RECON SOLUTION</i> DL	\$0 (Nivel 2)	PA

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
pemetrexed disodium 1,000 mg, 100 mg, 500 mg, 750 mg RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	PA
pemetrexed disodium 25 mg/ml SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
PERJETA 420 MG/14 ML (30 MG/ML) SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
PIQRAY 200 MG/DAY (200 MG X 1) TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
PIQRAY 250 MG/DAY (200 MG X1-50 MG X1), 300 MG/DAY (150 MG X 2) TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(56 cada 28 días)
POLIVY 140 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(2 cada 21 días)
POLIVY 30 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(8 cada 21 días)
POMALYST 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(21 cada 28 días)
PORTRAZZA 800 MG/50 ML (16 MG/ML) SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(100 cada 21 días)
POTELIGEO 4 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
PROLEUKIN 22 MILLION UNIT RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	
PURIXAN 20 MG/ML SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 2)	QL(300 cada 30 días)
QINLOCK 50 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(90 cada 30 días)
RETEVMO 40 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(180 cada 30 días)
RETEVMO 80 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
REZLIDHIA 150 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
RIABNI 10 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
romidepsin 10 mg/2 ml RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	PA
ROMIDEPSIN 5 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	PA
ROZLYTREK 100 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(150 cada 30 días)
ROZLYTREK 200 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(90 cada 30 días)
RUBRACA 200 MG, 250 MG, 300 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
RUXIENCE 10 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
RYBREVANT 50 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(784 cada 365 días)
RYDAPT 25 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(224 cada 28 días)
RYLAZE 10 MG/0.5 ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
SARCLISA 20 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
SCEMBLIX 20 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
SCEMBLIX 40 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(300 cada 30 días)
SOLTAMOX 20 MG/10 ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	
sorafenib 200 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(120 cada 30 días)
SPRYCEL 100 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
SPRYCEL 140 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
SPRYCEL 20 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(90 cada 30 días)
STIVARGA 40 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(84 cada 28 días)
sunitinib malate 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg CAPSULE DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(28 cada 28 días)
SYNRIBO 3.5 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
TABLOID 40 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	
TABRECTA 150 MG, 200 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(112 cada 28 días)
TAFINLAR 10 MG TABLET FOR SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(840 cada 28 días)
TAFINLAR 50 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(180 cada 30 días)
TAFINLAR 75 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
TAGRISSO 40 MG, 80 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
TALZENNA 0.1 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
TALZENNA 0.25 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(90 cada 30 días)
tamoxifen 10 mg, 20 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
TARGRETIN 75 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(300 cada 30 días)
TASIGNA 150 MG, 200 MG, 50 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
TAZVERIK 200 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(240 cada 30 días)
TECENTRIQ 1,200 MG/20 ML (60 MG/ML) SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(20 cada 21 días)
TECENTRIQ 840 MG/14 ML (60 MG/ML) SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
TECVAYLI 10 MG/ML, 90 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
temsirolimus 30 mg/3 ml (10 mg/ml) (first) RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(8 cada 28 días)
TEPMETKO 225 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
THALOMID 100 MG, 200 MG, 50 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
THALOMID 150 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
thiotepa 100 mg RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	
thiotepa 15 mg RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
TIBSOVO 250 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
TIVDAK 40 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(5 cada 21 días)
topotecan 4 mg RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
topotecan 4 mg/4 ml (1 mg/ml) SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
toremifene 60 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
TRAZIMERA 150 MG, 420 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
TREANDA 100 MG, 25 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
tretinoin (antineoplastic) 10 mg CAPSULE DL	\$0 (Nivel 1)	
TRISENOX 2 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
TRODELVY 180 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
TRUSELTIQ 100 MG/DAY (100 MG X 1) CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(21 cada 28 días)
TRUSELTIQ 125 MG/DAY(100 MG X1-25MG X1), 50 MG/DAY (25 MG X 2) CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(42 cada 28 días)
TRUSELTIQ 75 MG/DAY (25 MG X 3) CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(63 cada 28 días)
TUKYSA 150 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
TUKYSA 50 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(300 cada 30 días)
TURALIO 125 MG, 200 MG CAPSULE DL,LA	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
UNITUXIN 3.5 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
VALCHLOR 0.016 % GEL DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 28 días)
VECTIBIX 100 MG/5 ML (20 MG/ML), 400 MG/20 ML (20 MG/ML) SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
VENCLEXTA 10 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(56 cada 28 días)
VENCLEXTA 100 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(180 cada 30 días)
VENCLEXTA 50 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
VENCLEXTA STARTING PACK 10 MG-50 MG- 100 MG TABLET, DOSE PACK DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(42 cada 28 días)
VERZENIO 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
vinblastine 1 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
vincasar pfs 1 mg/ml, 2 mg/2 ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
vincristine 1 mg/ml, 2 mg/2 ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
vinorelbine 10 mg/ml, 50 mg/5 ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
VISTOGARD 10 GRAM GRANULES IN PACKET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(20 cada 365 días)
VITRAKVI 100 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
VITRAKVI 20 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(300 cada 30 días)
VITRAKVI 25 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(180 cada 30 días)
VIZIMPRO 15 MG, 30 MG, 45 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
VONJO 100 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
VOTRIENT 200 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
VYXEOS 44-100 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
WELIREG 40 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(90 cada 30 días)
XALKORI 200 MG, 250 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
XOSPATA 40 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(90 cada 30 días)
XPOVIO 100 MG/WEEK (50 MG X 2), 40MG TWICE WEEK (40 MG X 2), 80 MG/WEEK (40 MG X 2) TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(8 cada 28 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
XPOVIO 40 MG/WEEK (40 MG X 1), 60 MG/WEEK (60 MG X 1) TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(4 cada 28 días)
XPOVIO 60MG TWICE WEEK (120 MG/WEEK) TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(24 cada 28 días)
XPOVIO 80MG TWICE WEEK (160 MG/WEEK) TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(32 cada 28 días)
XTANDI 40 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
XTANDI 40 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
XTANDI 80 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
YERVOY 200 MG/40 ML (5 MG/ML), 50 MG/10 ML (5 MG/ML) SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
YONDELIS 1 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
ZALTRAP 100 MG/4 ML (25 MG/ML), 200 MG/8 ML (25 MG/ML) SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
ZANOSAR 1 GRAM RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
ZEJULA 100 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(90 cada 30 días)
ZEJULA 100 MG, 200 MG, 300 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
ZELBORAF 240 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(240 cada 30 días)
ZEPZELCA 4 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
ZIRABEV 25 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
ZOLINZA 100 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
ZYDELIG 100 MG, 150 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
ZYKADIA 150 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(150 cada 30 días)
ZYNLONTA 10 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
ZYNYZ 500 MG/20 ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(20 cada 28 días)

ANTIPARASITARIOS - Medicamentos utilizados para tratar las infecciones parasitarias

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
albendazole 200 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
atovaquone 750 mg/5 ml SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 1)	
atovaquone-proguanil 250-100 mg, 62.5-25 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
chloroquine phosphate 250 mg, 500 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
COARTEM 20-120 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(24 cada 30 días)
hydroxychloroquine 100 mg, 300 mg, 400 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
hydroxychloroquine 200 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
ivermectin 3 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
KRINTAFEL 150 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(4 cada 180 días)
LAMPIT 120 MG, 30 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	
mefloquine 250 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
NEBUPENT 300 MG RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
nitazoxanide 500 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	QL(40 cada 30 días)
PENTAM 300 MG RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
pentamidine 300 mg RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
pentamidine 300 mg RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
primaquine 26.3 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
quinine sulfate 324 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(42 cada 7 días)

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

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ABILIFY ASIMTUFII 720 MG/2.4 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE MO	\$0 (Nivel 2)	QL(2.4 cada 56 días)
ABILIFY ASIMTUFII 960 MG/3.2 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE MO	\$0 (Nivel 2)	QL(3.2 cada 56 días)
ABILIFY MAINTENA 300 MG, 400 MG SUSPENSION, ER, RECON DL	\$0 (Nivel 2)	QL(1 cada 28 días)
ABILIFY MAINTENA 300 MG, 400 MG SUSPENSION, ER, SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	QL(1 cada 28 días)
aripiprazole 1 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	QL(750 cada 30 días)
aripiprazole 10 mg, 15 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
aripiprazole 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
ARISTADA 1,064 MG/3.9 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE MO	\$0 (Nivel 2)	QL(3.9 cada 56 días)
ARISTADA 441 MG/1.6 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	QL(1.6 cada 28 días)
ARISTADA 662 MG/2.4 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	QL(2.4 cada 28 días)
ARISTADA 882 MG/3.2 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	QL(3.2 cada 28 días)
ARISTADA INITIO 675 MG/2.4 ML SUSPENSION, ER, SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	QL(2.4 cada 42 días)
asenapine maleate 10 mg, 2.5 mg, 5 mg SUBLINGUAL TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(60 cada 30 días)
CAPLYTA 10.5 MG, 21 MG, 42 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
chlorpromazine 10 mg, 25 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
chlorpromazine 100 mg, 200 mg, 50 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
chlorpromazine 100 mg/ml, 30 mg/ml CONCENTRATE MO	\$0 (Nivel 1)	
chlorpromazine 25 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
clozapine 100 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(270 cada 30 días)
clozapine 100 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(270 cada 30 días)
clozapine 12.5 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	\$0 (Nivel 1)	PA
clozapine 150 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(180 cada 30 días)
clozapine 200 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(135 cada 30 días)
clozapine 200 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(135 cada 30 días)
clozapine 25 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(1080 cada 30 días)
clozapine 25 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(1080 cada 30 días)
clozapine 50 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
FANAPT 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
FANAPT 1MG(2)-2MG(2)- 4MG(2)-6MG(2) TABLET, DOSE PACK MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(56 cada 28 días)
fluphenazine decanoate 25 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
fluphenazine hcl 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
fluphenazine hcl 2.5 mg/5 ml ELIXIR MO	\$0 (Nivel 1)	
fluphenazine hcl 2.5 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
fluphenazine hcl 5 mg/ml CONCENTRATE MO	\$0 (Nivel 1)	
haloperidol 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
haloperidol decanoate 100 mg/ml, 50 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
haloperidol lactate 2 mg/ml CONCENTRATE MO	\$0 (Nivel 1)	
haloperidol lactate 5 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
haloperidol lactate 5 mg/ml SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
INVEGA HAFYERA 1,092 MG/3.5 ML SYRINGE MO	\$0 (Nivel 2)	QL(3.5 cada 180 días)
INVEGA HAFYERA 1,560 MG/5 ML SYRINGE MO	\$0 (Nivel 2)	QL(5 cada 180 días)
INVEGA SUSTENNA 117 MG/0.75 ML, 234 MG/1.5 ML, 78 MG/0.5 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	QL(1.5 cada 28 días)
INVEGA SUSTENNA 156 MG/ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	QL(1 cada 28 días)
INVEGA SUSTENNA 39 MG/0.25 ML SYRINGE MO	\$0 (Nivel 2)	QL(1.5 cada 28 días)
INVEGA TRINZA 273 MG/0.88 ML SYRINGE MO	\$0 (Nivel 2)	QL(0.88 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 410 MG/1.32 ML SYRINGE MO	\$0 (Nivel 2)	QL(1.32 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 546 MG/1.75 ML SYRINGE MO	\$0 (Nivel 2)	QL(1.75 cada 90 días)
INVEGA TRINZA 819 MG/2.63 ML SYRINGE MO	\$0 (Nivel 2)	QL(2.63 cada 90 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
LATUDA 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
LATUDA 80 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
loxapine succinate 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
lurasidone 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(30 cada 30 días)
lurasidone 80 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(60 cada 30 días)
LYBALVI 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
molindone 10 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(240 cada 30 días)
molindone 25 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(270 cada 30 días)
molindone 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(360 cada 30 días)
NUPLAZID 10 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
NUPLAZID 34 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
olanzapine 10 mg RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
olanzapine 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 7.5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
olanzapine 10 mg, 5 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
olanzapine 15 mg, 20 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
paliperidone 1.5 mg, 3 mg, 9 mg TABLET, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
paliperidone 6 mg TABLET, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
perphenazine 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
PERSERIS 120 MG, 90 MG SUSPENSION, ER, SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	QL(1 cada 28 días)
pimozide 1 mg, 2 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
quetiapine 100 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
quetiapine 150 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
quetiapine 200 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
quetiapine 25 mg, 50 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
quetiapine 300 mg, 400 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
REXULTI 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
RISPERDAL CONSTA 12.5 MG/2 ML, 25 MG/2 ML SUSPENSION, ER, RECON MO	\$0 (Nivel 2)	QL(2 cada 28 días)
RISPERDAL CONSTA 37.5 MG/2 ML, 50 MG/2 ML SUSPENSION, ER, RECON DL	\$0 (Nivel 2)	QL(2 cada 28 días)
risperidone 0.25 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
risperidone 0.25 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	\$0 (Nivel 1)	ST,QL(60 cada 30 días)
risperidone 0.5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
risperidone 0.5 mg TABLET, DISINTEGRATING MO	\$0 (Nivel 1)	ST,QL(120 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
risperidone 1 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
SECUADO 3.8 MG/24 HOUR, 5.7 MG/24 HOUR, 7.6 MG/24 HOUR PATCH, 24 HR. DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
thioridazine 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
thiothixene 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
trifluoperazine 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
VERSACLOZ 50 MG/ML SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(540 cada 30 días)
VRAYLAR 1.5 MG (1)- 3 MG (6) CAPSULE, DOSE PACK MO	\$0 (Nivel 2)	PA
VRAYLAR 1.5 MG, 3 MG, 4.5 MG, 6 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
ziprasidone hcl 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
ziprasidone mesylate 20 mg/ml (final conc.) RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
ZYPREXA RELPREVV 210 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	\$0 (Nivel 2)	QL(4 cada 28 días)
ZYPREXA RELPREVV 300 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	\$0 (Nivel 2)	QL(2 cada 28 días)
ZYPREXA RELPREVV 405 MG SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	\$0 (Nivel 2)	QL(1 cada 28 días)

ANTIVIRALES - Medicamentos utilizados para tratar infecciones causadas por virus

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
abacavir 20 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	QL(960 cada 30 días)
abacavir 300 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
abacavir-lamivudine 600-300 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
abacavir-lamivudine-zidovudine 300-150-300 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
acyclovir 200 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
acyclovir 400 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
acyclovir 5 % OINTMENT MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(30 cada 30 días)
acyclovir 800 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
acyclovir sodium 1,000 mg, 500 mg RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
acyclovir sodium 50 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
adefovir 10 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
APRETUDE 600 MG/3 ML (200 MG/ML) SUSPENSION, ER DL	\$0 (Nivel 2)	QL(21 cada 365 días)
APTIVUS 250 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	QL(120 cada 30 días)
atazanavir 150 mg, 200 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
atazanavir 300 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
BARACLUDE 0.05 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	QL(630 cada 30 días)
BIKTARVY 30-120-15 MG, 50-200-25 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
CABENUVA 400 MG/2 ML- 600 MG/2 ML, 600 MG/3 ML- 900 MG/3 ML SUSPENSION, ER DL	\$0 (Nivel 2)	QL(50 cada 365 días)
CIMDUO 300-300 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
COMPLERA 200-25-300 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
darunavir ethanolate 600 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
darunavir ethanolate 800 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
DELSTRIGO 100-300-300 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
DESCOVY 120-15 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
DESCOVY 200-25 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
didanosine 250 mg, 400 mg CAPSULE, DR/EC MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
DOVATO 50-300 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
EDURANT 25 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
efavirenz 200 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
efavirenz 50 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	QL(480 cada 30 días)
efavirenz 600 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
efavirenz-emtricitabine-tenofovir 600-200-300 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
efavirenz-lamivudine-tenofovir disoproxil fumarate 400-300-300 mg, 600-300-300 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
emtricitabine 200 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
emtricitabine-tenofovir (tdf) 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg, 200-300 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
EMTRIVA 10 MG/ML SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	QL(680 cada 28 días)
EMTRIVA 200 MG CAPSULE MO	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
entecavir 0.5 mg, 1 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
EPCLUSA 150-37.5 MG PELLETS IN PACKET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
EPCLUSA 200-50 MG PELLETS IN PACKET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(56 cada 28 días)
EPCLUSA 200-50 MG, 400-100 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
EPIVIR HBV 25 MG/5 ML (5 MG/ML) SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
etravirine 100 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
etravirine 200 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
EVOTAZ 300-150 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
famciclovir 125 mg, 250 mg, 500 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
<i>fosamprenavir 700 mg TABLET</i> DL	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
FUZEON 90 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
GENVOYA 150-150-200-10 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
HARVONI 33.75-150 MG PELLETS IN PACKET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
HARVONI 45-200 MG PELLETS IN PACKET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(56 cada 28 días)
HARVONI 45-200 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
HARVONI 90-400 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
INTELENCE 200 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
INTELENCE 25 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(120 cada 30 días)
INVIRASE 500 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(120 cada 30 días)
ISENTRESS 100 MG CHEWABLE TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(180 cada 30 días)
ISENTRESS 100 MG POWDER IN PACKET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(300 cada 30 días)
ISENTRESS 25 MG CHEWABLE TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(180 cada 30 días)
ISENTRESS 400 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(120 cada 30 días)
ISENTRESS HD 600 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
JULUCA 50-25 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
<i>lamivudine 10 mg/ml SOLUTION</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(900 cada 30 días)
<i>lamivudine 100 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(90 cada 30 días)
<i>lamivudine 150 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
<i>lamivudine 300 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
<i>lamivudine-zidovudine 150-300 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
<i>ledipasvir-sofosbuvir 90-400 mg TABLET</i> DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
LEXIVA 50 MG/ML SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 2)	QL(1575 cada 28 días)
<i>lopinavir-ritonavir 100-25 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(300 cada 30 días)
<i>lopinavir-ritonavir 200-50 mg TABLET</i> MO	\$0 (Nivel 1)	QL(150 cada 30 días)
<i>lopinavir-ritonavir 400-100 mg/5 ml SOLUTION</i> MO	\$0 (Nivel 1)	
maraviroc 150 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	QL(240 cada 30 días)
maraviroc 300 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
nevirapine 100 mg TABLET, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
nevirapine 200 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
nevirapine 400 mg TABLET, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
nevirapine 50 mg/5 ml SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 1)	QL(1200 cada 30 días)
NORVIR 100 MG POWDER IN PACKET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(360 cada 30 días)
NORVIR 80 MG/ML SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	QL(480 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ODEFSEY 200-25-25 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
oseltamivir 30 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	QL(224 cada 365 días)
oseltamivir 45 mg, 75 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	QL(112 cada 365 días)
oseltamivir 6 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	\$0 (Nivel 1)	QL(1440 cada 365 días)
PIFELTRO 100 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
PREVYMIS 240 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
PREVYMIS 480 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA
PREZCOBIX 800-150 MG-MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
PREZISTA 100 MG/ML SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 2)	QL(360 cada 30 días)
PREZISTA 150 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(240 cada 30 días)
PREZISTA 600 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
PREZISTA 75 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(480 cada 30 días)
PREZISTA 800 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
RELENZA DISKHALER 5 MG/ACTUATION BLISTER WITH DEVICE MO	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 180 días)
RETROVIR 10 MG/ML SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
REYATAZ 50 MG POWDER IN PACKET MO	\$0 (Nivel 2)	
ribavirin 200 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	QL(168 cada 28 días)
ribavirin 200 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(168 cada 28 días)
rimantadine 100 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
ritonavir 100 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(360 cada 30 días)
RUKOBIA 600 MG TABLET, ER 12 HR. DL	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
SELZENTRY 20 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	QL(1800 cada 30 días)
SELZENTRY 25 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(240 cada 30 días)
SELZENTRY 75 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(120 cada 30 días)
stavudine 15 mg, 20 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
stavudine 30 mg, 40 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
STRIBILD 150-150-200-300 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
SUNLENCA 300 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(10 cada 365 días)
SUNLENCA 309 MG/ML SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	QL(9 cada 365 días)
SYMFI 600-300-300 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
SYMFI LO 400-300-300 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
SYMTUZA 800-150-200-10 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
TEMIXYS 300-300 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
tenofovir disoproxil fumarate 300 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
TIVICAY 10 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
TIVICAY 25 MG, 50 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
TIVICAY PD 5 MG TABLET FOR SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 2)	QL(180 cada 30 días)
TRIUMEQ 600-50-300 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
TRIUMEQ PD 60-5-30 MG TABLET FOR SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 2)	QL(180 cada 30 días)
TRIZIVIR 300-150-300 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
TROGARZO 200 MG/1.33 ML (150 MG/ML) SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	
TYBOST 150 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
valacyclovir 1 gram, 500 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
valganciclovir 450 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
valganciclovir 50 mg/ml RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	QL(1056 cada 30 días)
VEMLIDY 25 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
VIRACEPT 250 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(300 cada 30 días)
VIRACEPT 625 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(120 cada 30 días)
VIREAD 150 MG, 200 MG, 250 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
VIREAD 40 MG/SCOOP (40 MG/GRAM) POWDER DL	\$0 (Nivel 2)	QL(240 cada 30 días)
VOCABRIA 30 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
VOSEVI 400-100-100 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 28 días)
XOFLUZA 20 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(10 cada 365 días)
XOFLUZA 40 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(10 cada 365 días)
XOFLUZA 80 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(5 cada 365 días)
zidovudine 10 mg/ml SYRUP MO	\$0 (Nivel 1)	QL(1680 cada 28 días)
zidovudine 100 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)
zidovudine 300 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
ZIRGAN 0.15 % GEL MO	\$0 (Nivel 2)	QL(5 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)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
AMINOSYN 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
AMINOSYN 7 % WITH ELECTROLYTES 7 % PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
AMINOSYN 8.5 % 8.5 % PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
AMINOSYN 8.5 %-ELECTROLYTES 8.5 % PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
AMINOSYN II 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
AMINOSYN II 15 % 15 % PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
AMINOSYN II 7 % 7 % PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
AMINOSYN II 8.5 % 8.5 % PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
AMINOSYN II 8.5 %-ELECTROLYTES 8.5 % PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
AMINOSYN M 3.5 % 3.5 % PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
AMINOSYN-HBC 7% 7 % PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
AMINOSYN-PF 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
AMINOSYN-PF 7 % (SULFITE-FREE) 7 % PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
AMINOSYN-RF 5.2 % 5.2 % PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
bal-care dha 27-1-430 mg COMBO PACK, DR TAB/DR CAP MO	\$0 (Nivel 1)	
c-nate dha 28 mg iron-1 mg -200 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
calcium acetate(phosphat bind) 667 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
calcium acetate(phosphat bind) 667 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
carglumic acid 200 mg TABLET, DISPERSIBLE DL	\$0 (Nivel 1)	PA
CHEMET 100 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	
CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE 5 % PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE 4.25 % PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE 4.25 % PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE) 5 % PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE) 6-5 % PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE) 8-10 % PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE) 8-14 % PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE 2.75 % PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE 4.25 % PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE 5 % PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE 5 % PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE 8-10 % PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE 8-14 % PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
CLINOLIPID 20 % EMULSION MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
clovique 250 mg CAPSULE DL	\$0 (Nivel 1)	QL(240 cada 30 días)
complete natal dha 29 mg iron- 1 mg-200 mg COMBO PACK MO	\$0 (Nivel 1)	
d10 %-0.45 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
d2.5 %-0.45 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
d5 % and 0.9 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
d5 %-0.45 % sodium chloride PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
deferasirox 125 mg, 250 mg, 500 mg TABLET, DISPERSIBLE DL	\$0 (Nivel 1)	PA
dextrose 10 % and 0.2 % nacl PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
dextrose 10 % in water (d10w) 10 % PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
dextrose 5 % in water (d5w) PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
dextrose 5 % in water (d5w) 5 % PIGGYBACK MO	\$0 (Nivel 1)	
dextrose 5%-0.2 % sod chloride PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
dextrose 5%-0.3 % sod.chloride PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
electrolyte-148 PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
electrolyte-48 in d5w PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
electrolyte-a PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
INTRALIPID 20 %, 30 % EMULSION MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
IONOSOL-B IN D5W 5 % PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
IONOSOL-MB IN D5W 5 % PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE 5 % PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
ISOLYTE-S PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
KABIVEN 3.31-9.8-3.9 % EMULSION MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
KLOR-CON 10 10 MEQ TABLET ER MO	\$0 (Nivel 1)	
KLOR-CON 8 8 MEQ TABLET ER MO	\$0 (Nivel 1)	
klor-con m10 10 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS MO	\$0 (Nivel 1)	
KLOR-CON M15 15 MEQ TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS MO	\$0 (Nivel 1)	
klor-con m20 20 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS MO	\$0 (Nivel 1)	
lactated ringers PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
levocarnitine 330 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
levocarnitine (with sugar) 100 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
m-natal plus 27 mg iron- 1 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
magnesium sulfate 4 meq/ml (50 %) SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
magnesium sulfate 4 meq/ml SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
magnesium sulfate in d5w 1 gram/100 ml PIGGYBACK MO	\$0 (Nivel 1)	
NEONATAL COMPLETE 29-1 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
NEONATAL PLUS VITAMIN 27 MG IRON- 1 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
NEONATAL-DHA 29-1-200-500 MG COMBO PACK MO	\$0 (Nivel 1)	
NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
NORMOSOL-R PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
NORMOSOL-R IN 5 % DEXTROSE 5 % PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
NORMOSOL-R PH 7.4 PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
NUTRILIPID 20 % EMULSION MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
O-CAL PRENATAL 15 MG IRON- 1,000 MCG TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
penicillamine 250 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	
PERIKABIVEN 2.36-6.8-3.5 % EMULSION MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
PLASMA-LYTE 148 PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
PLASMA-LYTE A PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
potassium chlorid-d5-0.45%nacl 10 meq/l, 20 meq/l, 30 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
potassium chloride 10 meq CAPSULE, ER MO	\$0 (Nivel 1)	
potassium chloride 10 meq, 20 meq TABLET ER MO	\$0 (Nivel 1)	
potassium chloride 10 meq, 20 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS MO	\$0 (Nivel 1)	
potassium chloride 15 meq TABLET, ER PARTICLES/CRYSTALS MO	\$0 (Nivel 1)	
potassium chloride 2 meq/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
potassium chloride 20 meq/15 ml LIQUID MO	\$0 (Nivel 1)	QL(1125 cada 30 días)
potassium chloride 40 meq/15 ml LIQUID MO	\$0 (Nivel 1)	
potassium chloride 8 meq CAPSULE, ER MO	\$0 (Nivel 1)	
potassium chloride 8 meq TABLET ER MO	\$0 (Nivel 1)	
potassium chloride in 0.9%nacl 20 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
potassium chloride in 5 % dex 10 meq/l, 20 meq/l, 30 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
potassium chloride in lr-d5 20 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
potassium chloride in water 10 meq/100 ml, 10 meq/50 ml, 20 meq/100 ml, 20 meq/50 ml, 30 meq/100 ml, 40 meq/100 ml PIGGYBACK MO	\$0 (Nivel 1)	
potassium chloride-0.45 % nacl 20 meq/l PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
potassium chloride-d5-0.2%nacl 20 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
potassium chloride-d5-0.3%nacl 20 meq/l PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
potassium chloride-d5-0.9%nacl 20 meq/l, 40 meq/l PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
potassium citrate 10 meq (1,080 mg), 15 meq, 5 meq (540 mg) TABLET ER MO	\$0 (Nivel 1)	
pr natal 400 29-1-400 mg COMBO PACK MO	\$0 (Nivel 1)	
pr natal 400 ec 29-1-400 mg COMBO PACK, DR TAB/DR CAP MO	\$0 (Nivel 1)	
pr natal 430 29 mg iron-1 mg -430 mg COMBO PACK MO	\$0 (Nivel 1)	
pr natal 430 ec 29-1-430 mg COMBO PACK, DR TAB/DR CAP MO	\$0 (Nivel 1)	
PREMASOL 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
PRENATA 29 MG IRON- 1 MG CHEWABLE TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
PRENATABS FA 29-1 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
prenatal plus (calcium carb) 27 mg iron- 1 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
prenatal plus vitamin-mineral 27 mg iron- 1 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
PRENATE ELITE 26 MG IRON- 1 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
preplus 27 mg iron- 1 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
PROCALAMINE 3% 3 % PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
ringer's PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
se-natal 19 chewable 29 mg iron- 1 mg CHEWABLE TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
sevelamer carbonate 0.8 gram POWDER IN PACKET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(540 cada 30 días)
sevelamer carbonate 2.4 gram POWDER IN PACKET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(180 cada 30 días)
sevelamer carbonate 800 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(540 cada 30 días)
SMOFLIPID 20 % EMULSION MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
sodium bicarbonate 8.4 % (1 meq/ml) SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
sodium chloride 2.5 meq/ml PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
sodium chloride 0.45 % 0.45 % PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
sodium chloride 0.9 % PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
sodium chloride 0.9 % PIGGYBACK MO	\$0 (Nivel 1)	
sodium chloride 0.9 % SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
sodium chloride 3 % hypertonic 3 % PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
sodium chloride 5 % hypertonic 5 % PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
sodium polystyrene sulfonate POWDER MO	\$0 (Nivel 1)	
SPS (WITH SORBITOL) 15-20 GRAM/60 ML SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 1)	
TPN ELECTROLYTES 35-20-5 MEQ/20 ML SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
TRAVASOL 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
trientine 250 mg CAPSULE DL	\$0 (Nivel 1)	QL(240 cada 30 días)
trinatal rx 1 60 mg iron-1 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
triveen-duo dha 29-1-400 mg COMBO PACK MO	\$0 (Nivel 1)	
TROPHAMINE 10 % 10 % PARENTERAL SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	BvsD
VELTASSA 16.8 GRAM, 25.2 GRAM, 8.4 GRAM POWDER IN PACKET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
virt-c dha 35-1-200 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
virt-nate dha 28 mg iron-1 mg -200 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
wesnate dha 28 mg iron-1 mg -200 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
westab plus 27 mg iron- 1 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	

PRODUCTOS SANGUINEOS Y MODIFICADORES

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
aminocaproic acid 1,000 mg, 500 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	
aminocaproic acid 250 mg/ml (25 %) SOLUTION DL	\$0 (Nivel 1)	
anagrelide 0.5 mg, 1 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
aspirin-dipyridamole 25-200 mg CAPSULE ER MULTIPHASE 12 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	ST,QL(60 cada 30 días)
BRILINTA 60 MG, 90 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
CABLIVI 11 MG KIT DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
cilostazol 100 mg, 50 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
clopidogrel 300 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
clopidogrel 75 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
dipyridamole 25 mg, 50 mg, 75 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
ELIQUIS 2.5 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
ELIQUIS 5 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(74 cada 30 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START 5 MG (74 TABS) TABLET, DOSE PACK MO	\$0 (Nivel 2)	QL(74 cada 30 días)
enoxaparin 100 mg/ml, 120 mg/0.8 ml, 150 mg/ml, 30 mg/0.3 ml, 40 mg/0.4 ml, 60 mg/0.6 ml, 80 mg/0.8 ml SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
enoxaparin 300 mg/3 ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
FULPHILA 6 MG/0.6 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1.2 cada 28 días)
heparin (porcine) 1,000 unit/ml, 10,000 unit/ml, 20,000 unit/ml, 5,000 unit/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
heparin, porcine (pf) 5,000 unit/0.5 ml SYRINGE MO	\$0 (Nivel 1)	
jantoven 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
MOZOBIL 24 MG/1.2 ML (20 MG/ML) SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(9.6 cada 30 días)
NEULASTA 6 MG/0.6 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1.2 cada 28 días)
NEULASTA ONPRO 6 MG/0.6 ML SYRINGE W/WEARABLE INJECTOR DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1.2 cada 28 días)
NIVESTYM 300 MCG/0.5 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(7 cada 30 días)
NIVESTYM 300 MCG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(14 cada 30 días)
NIVESTYM 480 MCG/0.8 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(11.2 cada 30 días)
NIVESTYM 480 MCG/1.6 ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(22.4 cada 30 días)
prasugrel 10 mg, 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
PROCRIT 10,000 UNIT/ML SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(14 cada 30 días)
PROCRIT 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML, 40,000 UNIT/ML SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(14 cada 30 días)
PROCRIT 20,000 UNIT/2 ML SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(28 cada 30 días)
PROMACTA 12.5 MG POWDER IN PACKET DL,LA	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(360 cada 30 días)
PROMACTA 12.5 MG, 75 MG TABLET DL,LA	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
PROMACTA 25 MG POWDER IN PACKET DL,LA	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(180 cada 30 días)
PROMACTA 25 MG TABLET DL,LA	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
PROMACTA 50 MG TABLET DL,LA	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(90 cada 30 días)
PYRUKYND 20 MG (7)- 5 MG (7), 50 MG (7)- 20 MG (7) TABLET, DOSE PACK DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(14 cada 14 días)
PYRUKYND 20 MG, 5 MG, 50 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
RETACRIT 10,000 UNIT/ML, 2,000 UNIT/ML, 20,000 UNIT/2 ML, 20,000 UNIT/ML, 3,000 UNIT/ML, 4,000 UNIT/ML, 40,000 UNIT/ML SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(14 cada 30 días)
tranexamic acid 650 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 5 días)
UDENYCA 6 MG/0.6 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1.2 cada 28 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
UDENYCA AUTOINJECTOR 6 MG/0.6 ML AUTO-INJECTOR DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1.2 cada 28 días)
warfarin 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 6 mg, 7.5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
warfarin 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
XARELTO 1 MG/ML SUSPENSION FOR RECONSTITUTION MO	\$0 (Nivel 2)	ST,QL(600 cada 30 días)
XARELTO 10 MG, 20 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
XARELTO 15 MG, 2.5 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START 15 MG (42)- 20 MG (9) TABLET, DOSE PACK MO	\$0 (Nivel 2)	QL(51 cada 30 días)
ZARXIO 300 MCG/0.5 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(7 cada 30 días)
ZARXIO 480 MCG/0.8 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(11.2 cada 30 días)

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)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
acarbose 100 mg, 25 mg, 50 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
BAQSIMI 3 MG/ACTUATION SPRAY, NON-AEROSOL MO	\$0 (Nivel 2)	
diazoxide 50 mg/ml SUSPENSION DL	\$0 (Nivel 1)	
FIASP FLEXTouch U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN MO	\$0 (Nivel 2)	
FIASP PENFILL U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) CARTRIDGE MO	\$0 (Nivel 2)	
FIASP U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
glimepiride 1 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
glimepiride 2 mg, 4 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
glipizide 10 mg TABLET, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	
glipizide 10 mg, 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
glipizide 2.5 mg, 5 mg TABLET, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	
glipizide-metformin 2.5-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
GLUCAGEN HYPOKIT 1 MG RECON SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
glyburide 1.25 mg, 2.5 mg, 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
glyburide micronized 1.5 mg, 3 mg, 6 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
glyburide-metformin 1.25-250 mg, 2.5-500 mg, 5-500 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
GLYXAMBI 10-5 MG, 25-5 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
GVOKE 1 MG/0.2 ML SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
GVOKE HYPOPEN 1-PACK 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML AUTO-INJECTOR MO	\$0 (Nivel 2)	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML AUTO-INJECTOR MO	\$0 (Nivel 2)	
GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML SYRINGE MO	\$0 (Nivel 2)	
GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE 0.5 MG/0.1 ML, 1 MG/0.2 ML SYRINGE MO	\$0 (Nivel 2)	
INVOKAMET 150-1,000 MG, 150-500 MG, 50-1,000 MG, 50-500 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
INVOKAMET XR 150-1,000 MG, 150-500 MG, 50-1,000 MG, 50-500 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
INVOKANA 100 MG, 300 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
JANUMET 50-1,000 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
JANUMET 50-500 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
JANUMET XR 100-1,000 MG TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE MO	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
JANUMET XR 50-1,000 MG TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE MO	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
JANUMET XR 50-500 MG TABLET, ER 24 HR., MULTIPHASE MO	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
JANUVIA 100 MG, 25 MG, 50 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
JARDIANCE 10 MG, 25 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
JENTADUETO 2.5-1,000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
JENTADUETO XR 2.5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
JENTADUETO XR 5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN MO	\$0 (Nivel 2)	
LANTUS U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
LEVEMIR FLEXPEN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN MO	\$0 (Nivel 2)	
LEVEMIR FLEXTOUCH U100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN MO	\$0 (Nivel 2)	
LEVEMIR U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
metformin 1,000 mg, 500 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
metformin 500 mg TABLET, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
metformin 750 mg TABLET, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
metformin 850 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
MOUNJARO 10 MG/0.5 ML, 12.5 MG/0.5 ML, 15 MG/0.5 ML, 2.5 MG/0.5 ML, 5 MG/0.5 ML, 7.5 MG/0.5 ML PEN INJECTOR MO	\$0 (Nivel 2)	QL(2 cada 28 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
nateglinide 120 mg, 60 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100 100 UNIT/ML (70-30) INSULIN PEN MO	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (70-30) SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLIN N FLEXPEN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN MO	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLIN R FLEXPEN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN MO	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN MO	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULIN 100 UNIT/ML (70-30) SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100 100 UNIT/ML (70-30) INSULIN PEN MO	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN 100 UNIT/ML CARTRIDGE MO	\$0 (Nivel 2)	
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART 100 UNIT/ML SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
OZEMPIC 0.25 MG OR 0.5 MG (2 MG/3 ML), 1 MG/DOSE (2 MG/1.5 ML) PEN INJECTOR MO	\$0 (Nivel 2)	QL(3 cada 28 días)
OZEMPIC 0.25 MG OR 0.5 MG(2 MG/1.5 ML) PEN INJECTOR MO	\$0 (Nivel 2)	QL(1.5 cada 28 días)
OZEMPIC 1 MG/DOSE (4 MG/3 ML), 2 MG/DOSE (8 MG/3 ML) PEN INJECTOR MO	\$0 (Nivel 2)	QL(3 cada 28 días)
pioglitazone 15 mg, 30 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
pioglitazone 45 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
repaglinide 0.5 mg, 1 mg, 2 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
RYBELSUS 14 MG, 3 MG, 7 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
SOLIQUA 100/33 100 UNIT-33 MCG/ML INSULIN PEN MO	\$0 (Nivel 2)	QL(15 cada 24 días)
SYMLINPEN 120 2,700 MCG/2.7 ML PEN INJECTOR DL	\$0 (Nivel 2)	QL(10.8 cada 30 días)
SYMLINPEN 60 1,500 MCG/1.5 ML PEN INJECTOR DL	\$0 (Nivel 2)	QL(10.5 cada 28 días)
SYNJARDY 12.5-1,000 MG, 12.5-500 MG, 5-1,000 MG, 5-500 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
SYNJARDY XR 10-1,000 MG, 25-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
SYNJARDY XR 12.5-1,000 MG, 5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR 300 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN MO	\$0 (Nivel 2)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN 300 UNIT/ML (1.5 ML) INSULIN PEN MO	\$0 (Nivel 2)	
TRADJENTA 5 MG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
TRESIBA FLEXTOUCH U-100 100 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN MO	\$0 (Nivel 2)	
TRESIBA FLEXTOUCH U-200 200 UNIT/ML (3 ML) INSULIN PEN MO	\$0 (Nivel 2)	
TRESIBA U-100 INSULIN 100 UNIT/ML SOLUTION MO	\$0 (Nivel 2)	
TRIJARDY XR 10-5-1,000 MG, 25-5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
TRIJARDY XR 12.5-2.5-1,000 MG, 5-2.5-1,000 MG TABLET, IR/ER 24 HR., BIPHASIC MO	\$0 (Nivel 2)	QL(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 PEN INJECTOR MO	\$0 (Nivel 2)	QL(2 cada 28 días)
VICTOZA 2-PAK 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML) PEN INJECTOR MO	\$0 (Nivel 2)	QL(9 cada 30 días)
VICTOZA 3-PAK 0.6 MG/0.1 ML (18 MG/3 ML) PEN INJECTOR MO	\$0 (Nivel 2)	QL(9 cada 30 días)
XULTOPHY 100/3.6 100 UNIT-3.6 MG /ML (3 ML) INSULIN PEN MO	\$0 (Nivel 2)	QL(15 cada 30 días)
ZEGALOGUE AUTOINJECTOR 0.6 MG/0.6 ML AUTO-INJECTOR MO	\$0 (Nivel 2)	
ZEGALOGUE SYRINGE 0.6 MG/0.6 ML SYRINGE MO	\$0 (Nivel 2)	

RELAJANTES DEL MÚSCULO ESQUELÉTICO

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
carisoprodol 350 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)
cyclobenzaprine 10 mg, 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
methocarbamol 500 mg, 750 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
vanadom 350 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(120 cada 30 días)



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).

TRACTO RESPIRATORIO/AGENTES PULMONARES

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
acetylcysteine 100 mg/ml (10 %), 200 mg/ml (20 %) SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
ADEMPAS 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG TABLET DL,LA	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(90 cada 30 días)
ADVAIR DISKUS 100-50 MCG/DOSE, 250-50 MCG/DOSE, 500-50 MCG/DOSE BLISTER WITH DEVICE MO	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
ADVAIR HFA 115-21 MCG/ACTUATION, 230-21 MCG/ACTUATION, 45-21 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER MO	\$0 (Nivel 2)	QL(12 cada 30 días)
albuterol sulfate 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 FOR NEBULIZATION MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
albuterol sulfate 2 mg, 4 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
albuterol sulfate 2 mg/5 ml SYRUP MO	\$0 (Nivel 1)	
albuterol sulfate 90 mcg/actuation HFA AEROSOL INHALER MO	\$0 (Nivel 1)	QL(36 cada 30 días)
alyq 20 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(60 cada 30 días)
ambrisentan 10 mg, 5 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(30 cada 30 días)
aminophylline 250 mg/10 ml, 500 mg/20 ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
arformoterol 15 mcg/2 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(120 cada 30 días)
ARNUITY ELLIPTA 100 MCG/ACTUATION, 200 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION BLISTER WITH DEVICE MO	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
ATROVENT HFA 17 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER MO	\$0 (Nivel 2)	QL(25.8 cada 30 días)
AUVI-Q 0.1 MG/0.1 ML AUTO-INJECTOR MO	\$0 (Nivel 2)	
AUVI-Q 0.15 MG/0.15 ML, 0.3 MG/0.3 ML AUTO-INJECTOR MO	\$0 (Nivel 2)	QL(4 cada 30 días)
azelastine 137 mcg (0.1 %) AEROSOL SPRAY MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 25 días)
BREO ELLIPTA 100-25 MCG/DOSE, 200-25 MCG/DOSE BLISTER WITH DEVICE MO	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
BREZTRI AEROSPHERE 160-9-4.8 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER MO	\$0 (Nivel 2)	QL(10.7 cada 30 días)
BROVANA 15 MCG/2 ML SOLUTION FOR NEBULIZATION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
budesonide 0.25 mg/2 ml, 0.5 mg/2 ml SUSPENSION FOR NEBULIZATION MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
CAYSTON 75 MG/ML SOLUTION FOR NEBULIZATION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(84 cada 28 días)
cetirizine 1 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	QL(300 cada 30 días)
COMBIVENT RESPIMAT 20-100 MCG/ACTUATION MIST MO	\$0 (Nivel 2)	QL(4 cada 20 días)
cromolyn 100 mg/5 ml CONCENTRATE MO	\$0 (Nivel 1)	
cromolyn 20 mg/2 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION DL	\$0 (Nivel 1)	BvsD
cyproheptadine 4 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	
DALIRESP 250 MCG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(28 cada 365 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
DALIRESP 500 MCG TABLET MO	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
diphenhydramine hcl 50 mg/ml SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	
epinephrine 0.15 mg/0.15 ml, 0.15 mg/0.3 ml, 0.3 mg/0.3 ml AUTO-INJECTOR MO	\$0 (Nivel 1)	QL(4 cada 30 días)
FASENRA PEN 30 MG/ML AUTO-INJECTOR DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(1 cada 28 días)
FLOVENT DISKUS 100 MCG/ACTUATION BLISTER WITH DEVICE MO	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
FLOVENT DISKUS 250 MCG/ACTUATION, 50 MCG/ACTUATION BLISTER WITH DEVICE MO	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
FLOVENT HFA 110 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER MO	\$0 (Nivel 2)	QL(24 cada 30 días)
FLOVENT HFA 220 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER MO	\$0 (Nivel 2)	QL(24 cada 30 días)
FLOVENT HFA 44 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER MO	\$0 (Nivel 2)	QL(10.6 cada 30 días)
flunisolide 25 mcg (0.025 %) SPRAY, NON-AEROSOL MO	\$0 (Nivel 1)	QL(50 cada 30 días)
fluticasone propion-salmeterol 100-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose BLISTER WITH DEVICE MO	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
fluticasone propion-salmeterol 113-14 mcg/actuation, 232-14 mcg/actuation, 55-14 mcg/actuation AEROSOL POWDER BREATH ACTIV. MO	\$0 (Nivel 2)	QL(1 cada 30 días)
fluticasone propion-salmeterol 250-50 mcg/dose BLISTER WITH DEVICE MO	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
fluticasone propionate 50 mcg/actuation SPRAY, SUSPENSION MO	\$0 (Nivel 1)	QL(16 cada 30 días)
formoterol fumarate 20 mcg/2 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(120 cada 30 días)
hydroxyzine pamoate 100 mg, 50 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
hydroxyzine pamoate 25 mg CAPSULE MO	\$0 (Nivel 1)	
ipratropium bromide 0.02 % SOLUTION MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
ipratropium bromide 21 mcg (0.03 %) SPRAY, NON-AEROSOL MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
ipratropium bromide 42 mcg (0.06 %) SPRAY, NON-AEROSOL MO	\$0 (Nivel 1)	QL(45 cada 30 días)
ipratropium-albuterol 0.5 mg-3 mg(2.5 mg base)/3 ml SOLUTION FOR NEBULIZATION MO	\$0 (Nivel 1)	BvsD
KALYDECO 13.4 MG, 25 MG, 5.8 MG, 50 MG, 75 MG GRANULES IN PACKET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(56 cada 28 días)
KALYDECO 150 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
levocetirizine 5 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
montelukast 10 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
montelukast 4 mg GRANULES IN PACKET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
montelukast 4 mg, 5 mg CHEWABLE TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
NUCALA 100 MG/ML AUTO-INJECTOR DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(3 cada 28 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
NUCALA 100 MG/ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(3 cada 28 días)
NUCALA 40 MG/0.4 ML SYRINGE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(0.4 cada 28 días)
OFEV 100 MG, 150 MG CAPSULE DL,LA	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(60 cada 30 días)
OPSUMIT 10 MG TABLET DL,LA	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
ORKAMBI 100-125 MG, 150-188 MG, 75-94 MG GRANULES IN PACKET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(56 cada 28 días)
ORKAMBI 100-125 MG, 200-125 MG TABLET DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(112 cada 28 días)
PERFOROMIST 20 MCG/2 ML SOLUTION FOR NEBULIZATION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
pirfenidone 267 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(270 cada 30 días)
pirfenidone 534 mg, 801 mg TABLET DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(90 cada 30 días)
PULMOZYME 1 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	BvsD
roflumilast 250 mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(28 cada 365 días)
roflumilast 500 mcg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(30 cada 30 días)
sildenafil (pulm.hypertension) 10 mg/ml SUSPENSION FOR RECONSTITUTION DL	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(180 cada 30 días)
sildenafil (pulm.hypertension) 20 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(90 cada 30 días)
SPIRIVA RESPIMAT 1.25 MCG/ACTUATION, 2.5 MCG/ACTUATION MIST MO	\$0 (Nivel 2)	QL(4 cada 28 días)
SPIRIVA WITH HANDIHALER 18 MCG CAPSULE, W/INHALATION DEVICE MO	\$0 (Nivel 2)	QL(30 cada 30 días)
STIOLTO RESPIMAT 2.5-2.5 MCG/ACTUATION MIST MO	\$0 (Nivel 2)	QL(4 cada 28 días)
STRIVERDI RESPIMAT 2.5 MCG/ACTUATION MIST MO	\$0 (Nivel 2)	QL(4 cada 30 días)
SYMBICORT 160-4.5 MCG/ACTUATION, 80-4.5 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER MO	\$0 (Nivel 2)	QL(10.2 cada 30 días)
SYMDEKO 100-150 MG (D)/ 150 MG (N), 50-75 MG (D)/ 75 MG (N) TABLET, SEQUENTIAL DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(56 cada 28 días)
SYMJEPI 0.15 MG/0.3 ML, 0.3 MG/0.3 ML SYRINGE MO	\$0 (Nivel 2)	QL(4 cada 30 días)
tadalafil (pulm. hypertension) 20 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	PA,QL(60 cada 30 días)
theophylline 300 mg, 450 mg TABLET, ER 12 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	
theophylline 400 mg, 600 mg TABLET, ER 24 HR. MO	\$0 (Nivel 1)	
TRELEGY ELLIPTA 100-62.5-25 MCG, 200-62.5-25 MCG BLISTER WITH DEVICE MO	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
TRIKAFTA 100-50-75 MG(D) /150 MG (N), 50-25-37.5 MG (D)/75 MG (N) TABLET, SEQUENTIAL DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(84 cada 28 días)
TRIKAFTA 100-50-75MG (D) /75 MG (N), 80-40-60 MG (D) /59.5 MG (N) GRANULES IN PACKET, SEQUENTIAL DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(56 cada 28 días)

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
VENTOLIN HFA 90 MCG/ACTUATION HFA AEROSOL INHALER MO	\$0 (Nivel 2)	QL(36 cada 30 días)
wixela inhub 100-50 mcg/dose, 250-50 mcg/dose, 500-50 mcg/dose BLISTER WITH DEVICE MO	\$0 (Nivel 2)	QL(60 cada 30 días)
zafirlukast 10 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)
zafirlukast 20 mg TABLET MO	\$0 (Nivel 1)	QL(60 cada 30 días)

TRASTORNO GENÉTICO O ENZIMÁTICO O PROTEINA: DE REEMPLAZO, MODIFICADORES, TRATAMIENTO

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
betaine 1 gram/scoop POWDER DL	\$0 (Nivel 1)	
CERDELGA 84 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA
CEREZYME 400 UNIT RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
CHOLBAM 250 MG, 50 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
CREON 12,000-38,000 -60,000 UNIT, 3,000-9,500- 15,000 UNIT, 36,000-114,000- 180,000 UNIT, 6,000-19,000 -30,000 UNIT CAPSULE, DR/EC MO	\$0 (Nivel 2)	
CREON 24,000-76,000 -120,000 UNIT CAPSULE, DR/EC MO	\$0 (Nivel 2)	
CRYSVITA 10 MG/ML, 20 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(2 cada 28 días)
CRYSVITA 30 MG/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(6 cada 28 días)
CYSTAGON 150 MG, 50 MG CAPSULE MO	\$0 (Nivel 2)	
ELELYSO 200 UNIT RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
javygtor 100 mg TABLET, SOLUBLE DL	\$0 (Nivel 1)	PA
javygtor 100 mg, 500 mg POWDER IN PACKET DL	\$0 (Nivel 1)	PA
nitisinone 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg CAPSULE DL	\$0 (Nivel 1)	
PROLASTIN-C 1,000 MG (+/-)/20 ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
PROLASTIN-C 1,000 MG RECON SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
REVCovi 2.4 MG/1.5 ML (1.6 MG/ML) SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	
sapropterin 100 mg TABLET, SOLUBLE DL	\$0 (Nivel 1)	PA
sapropterin 100 mg, 500 mg POWDER IN PACKET DL	\$0 (Nivel 1)	PA
sodium phenylbutyrate 0.94 gram/gram POWDER DL	\$0 (Nivel 1)	
STRENSIQ 18 MG/0.45 ML, 28 MG/0.7 ML, 40 MG/ML, 80 MG/0.8 ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	PA
SUCRAID 8,500 UNIT/ML SOLUTION DL	\$0 (Nivel 2)	



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
VYNDAMAX 61 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(30 cada 30 días)
VYNDAREL 20 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)
ZOKINVY 50 MG, 75 MG CAPSULE DL	\$0 (Nivel 2)	PA,QL(120 cada 30 días)

MEDICAMENTOS CON RECETA QUE NO SON DE LA PARTE D

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
DRISDOL 1,250 MCG (50,000 UNIT) CAPSULE (*)	\$0 (Nivel 3)	
ergocalciferol (vitamin d2) 1,250 mcg (50,000 unit) CAPSULE (*)	\$0 (Nivel 3)	
MEPHYTON 5 MG TABLET (*)	\$0 (Nivel 3)	
ORACIT 490-640 MG/5 ML SOLUTION (*)	\$0 (Nivel 3)	
phytonadione (vitamin k1) 5 mg TABLET (*)	\$0 (Nivel 3)	
promethazine-codeine 6.25-10 mg/5 ml SYRUP (*)	\$0 (Nivel 3)	
promethazine-phenyleph-codeine 6.25-5-10 mg/5 ml SYRUP (*)	\$0 (Nivel 3)	
pyridoxine (vitamin b6) 100 mg/ml SOLUTION (*)	\$0 (Nivel 3)	
thiamine hcl (vitamin b1) 100 mg/ml SOLUTION (*)	\$0 (Nivel 3)	
vitamin d2 1,250 mcg (50,000 unit) CAPSULE (*)	\$0 (Nivel 3)	
vitamin k1 10 mg/ml SOLUTION (*)	\$0 (Nivel 3)	

MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
3-day vaginal 2 % CREAM	\$0 (Nivel 4)	
acetaminophen 120 mg SUPPOSITORY	\$0 (Nivel 4)	
acetaminophen 160 mg/5 ml (5 ml), 325 mg/10.15 ml, 650 mg/20.3 ml SOLUTION	\$0 (Nivel 4)	
acetaminophen 160 mg/5 ml (5 ml), 325 mg/10.15 ml, 650 mg/20.3 ml SUSPENSION	\$0 (Nivel 4)	
acetaminophen 160 mg/5 ml LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
acetaminophen 325 mg, 500 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
acid controller 10 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
acid gone antacid 95-358 mg/15 ml SUSPENSION	\$0 (Nivel 4)	
acid gone antacid e.strength 160-105 mg CHEWABLE TABLET	\$0 (Nivel 4)	
acid reducer (famotidine) 10 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
adult aspirin regimen 81 mg TABLET, DR/EC	\$0 (Nivel 4)	
adult tussin chest congestion 100 mg/5 ml LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
adult tussin cough congest dm 10-100 mg/5 ml LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
adult tussin dm 10-100 mg/5 ml SYRUP	\$0 (Nivel 4)	
advanced antacid-antigas 200-200-20 mg/5 ml, 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	\$0 (Nivel 4)	
all day allergy (cetirizine) 1 mg/ml SOLUTION	\$0 (Nivel 4)	QL(300 cada 30 días)
all day allergy (cetirizine) 10 mg CAPSULE	\$0 (Nivel 4)	
all day allergy (cetirizine) 10 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
all day pain relief 220 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
all day relief 220 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
aller-g-time 25 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
allergy (diphenhydramine) 25 mg CAPSULE	\$0 (Nivel 4)	
allergy (diphenhydramine) 25 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
allergy relief (cetirizine) 10 mg CAPSULE	\$0 (Nivel 4)	
allergy relief (cetirizine) 10 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
allergy relief (loratadine) 10 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
allergy relief (loratadine) 5 mg/5 ml SOLUTION	\$0 (Nivel 4)	
allergy relief(diphenhydramin) 12.5 mg/5 ml LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
allergy relief(diphenhydramin) 25 mg CAPSULE	\$0 (Nivel 4)	
allergy relief(diphenhydramin) 25 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
almacone-2 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	\$0 (Nivel 4)	
alum-mag hydroxide-simeth 200-200-20 mg/5 ml, 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	\$0 (Nivel 4)	
aluminum hydroxide gel 320 mg/5 ml SUSPENSION	\$0 (Nivel 4)	
antacid 200-200-20 mg/5 ml SUSPENSION	\$0 (Nivel 4)	
antacid (calcium carbonate) 200 mg calcium (500 mg) CHEWABLE TABLET	\$0 (Nivel 4)	
antacid anti-gas 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	\$0 (Nivel 4)	
antacid ext (mag carb-al hyd) 160-105 mg CHEWABLE TABLET	\$0 (Nivel 4)	
antacid ext str (calcium carb) 300 mg (750 mg) CHEWABLE TABLET	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
antacid extra-strength 300 mg (750 mg) CHEWABLE TABLET	\$0 (Nivel 4)	
antacid maximum strength 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	\$0 (Nivel 4)	
antacid plus anti-gas 200-200-20 mg/5 ml, 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	\$0 (Nivel 4)	
antacid regular strength 200-200-20 mg/5 ml SUSPENSION	\$0 (Nivel 4)	
antacid-antigas 200-200-20 mg/5 ml, 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	\$0 (Nivel 4)	
antacid-simethicone 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	\$0 (Nivel 4)	
anti-diarrheal (loperamide) 1 mg/7.5 ml LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
anti-diarrheal (loperamide) 2 mg CAPSULE	\$0 (Nivel 4)	
anti-diarrheal (loperamide) 2 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
anti-nausea SOLUTION	\$0 (Nivel 4)	
aspirin 325 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
aspirin 325 mg, 81 mg TABLET, DR/EC	\$0 (Nivel 4)	
aspirin 81 mg CHEWABLE TABLET	\$0 (Nivel 4)	
aspirin,buffd-calcium carb-mag 325 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
banophen 25 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
banophen 25 mg, 50 mg CAPSULE	\$0 (Nivel 4)	
bisacodyl 10 mg SUPPOSITORY	\$0 (Nivel 4)	
bisacodyl 5 mg TABLET, DR/EC	\$0 (Nivel 4)	
bismatrol 262 mg CHEWABLE TABLET	\$0 (Nivel 4)	
bismuth subsalicylate 262 mg CHEWABLE TABLET	\$0 (Nivel 4)	
cal-gest antacid 200 mg calcium (500 mg) CHEWABLE TABLET	\$0 (Nivel 4)	
calcium antacid 200 mg calcium (500 mg), 300 mg (750 mg) CHEWABLE TABLET	\$0 (Nivel 4)	
calcium carbonate 500 mg/5 ml (1,250 mg/5 ml) SUSPENSION	\$0 (Nivel 4)	
cetirizine 1 mg/ml SOLUTION	\$0 (Nivel 4)	QL(300 cada 30 días)
cetirizine 10 mg, 5 mg CHEWABLE TABLET	\$0 (Nivel 4)	
cetirizine 10 mg, 5 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
cetirizine 5 mg/5 ml SOLUTION	\$0 (Nivel 4)	
CHEST CONGESTION RELIEF 100 MG/5 ML LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
chest congestion relief dm 10-100 mg/5 ml SYRUP	\$0 (Nivel 4)	
child allergy relf(cetirizine) 1 mg/ml SOLUTION	\$0 (Nivel 4)	QL(300 cada 30 días)
child's all day allergy(cetir) 1 mg/ml SOLUTION	\$0 (Nivel 4)	QL(300 cada 30 días)
children's acetaminophen 160 mg/5 ml LIQUID	\$0 (Nivel 4)	



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).

Nombre del medicamento	Lo que le costará el medicamento (nivel)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
children's acetaminophen 160 mg/5 ml, 160 mg/5 ml (5 ml) SUSPENSION	\$0 (Nivel 4)	
children's allergy (diphenhyd) 12.5 mg CHEWABLE TABLET	\$0 (Nivel 4)	
children's allergy (diphenhyd) 12.5 mg/5 ml LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
children's allergy relief(lor) 5 mg/5 ml SOLUTION	\$0 (Nivel 4)	
children's allergy(cetirizine) 1 mg/ml SOLUTION	\$0 (Nivel 4)	QL(300 cada 30 días)
children's aspirin 81 mg CHEWABLE TABLET	\$0 (Nivel 4)	
children's cetirizine 1 mg/ml SOLUTION	\$0 (Nivel 4)	QL(300 cada 30 días)
children's cetirizine 10 mg, 5 mg CHEWABLE TABLET	\$0 (Nivel 4)	
children's diphenhydramine 12.5 mg/5 ml LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
children's loratadine 5 mg CHEWABLE TABLET	\$0 (Nivel 4)	
children's mapap 80 mg CHEWABLE TABLET	\$0 (Nivel 4)	
children's pain relief 160 mg/5 ml SUSPENSION	\$0 (Nivel 4)	
children's pain reliever 160 mg/5 ml SUSPENSION	\$0 (Nivel 4)	
children's pain-fever relief 160 mg/5 ml SUSPENSION	\$0 (Nivel 4)	
chocolate laxative 15 mg CHEWABLE TABLET	\$0 (Nivel 4)	
clearlax 17 gram POWDER IN PACKET	\$0 (Nivel 4)	
clearlax 17 gram/dose POWDER	\$0 (Nivel 4)	
clotrimazole 1 % CREAM	\$0 (Nivel 4)	
clotrimazole-3 2 % CREAM	\$0 (Nivel 4)	
COLACE 100 MG CAPSULE	\$0 (Nivel 4)	
COLACE 2-IN-1 8.6-50 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
COLACE CLEAR 50 MG CAPSULE	\$0 (Nivel 4)	
complete allergy 25 mg CAPSULE	\$0 (Nivel 4)	
complete allergy medicine 25 mg CAPSULE	\$0 (Nivel 4)	
cough syrup dm 10-100 mg/5 ml SYRUP	\$0 (Nivel 4)	
dextromethorphan-guaifenesin 10-100 mg/5 ml LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
dextromethorphan-guaifenesin 10-100 mg/5 ml SYRUP	\$0 (Nivel 4)	
diphedryl 12.5 mg/5 ml LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
DIPHENHIST 25 MG CAPSULE	\$0 (Nivel 4)	
diphenhydramine hcl 12.5 mg/5 ml LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
diphenhydramine hcl 25 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
diphenhydramine hcl 25 mg, 50 mg CAPSULE	\$0 (Nivel 4)	
docu 50 mg/5 ml LIQUID	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
docusate calcium 240 mg CAPSULE	\$0 (Nivel 4)	
docusate sodium 100 mg, 250 mg CAPSULE	\$0 (Nivel 4)	
docusate sodium 283 mg/5 ml ENEMA	\$0 (Nivel 4)	
docusate sodium 50 mg/5 ml LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
docusol 283 mg ENEMA	\$0 (Nivel 4)	
DOCUSOL KIDS 100 MG/5 ML ENEMA	\$0 (Nivel 4)	
DOCUSOL PLUS 283-20 MG/5 ML ENEMA	\$0 (Nivel 4)	
dok 100 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
driminate 50 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
econtra ez 1.5 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
econtra one-step 1.5 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
ed-apap 160 mg/5 ml LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
enema 19-7 gram/118 ml ENEMA	\$0 (Nivel 4)	
enema disposable 19-7 gram/118 ml ENEMA	\$0 (Nivel 4)	
ENEMEEZ 283 MG/5 ML ENEMA	\$0 (Nivel 4)	
ENEMEEZ PLUS 283-20 MG/5 ML ENEMA	\$0 (Nivel 4)	
ergocalciferol (vitamin d2) 200 mcg/ml (8,000 unit/ml) DROPS	\$0 (Nivel 4)	
famotidine 10 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
FEVERALL 120 MG, 325 MG, 80 MG SUPPOSITORY	\$0 (Nivel 4)	
fiber (calcium polycarbophil) 625 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
fiber laxative (ca polycarbo) 625 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
fiber laxative(methylcellulos) 500 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
FIBER THERAPY (M-CELL/SUGAR) 2 GRAM/19 GRAM POWDER	\$0 (Nivel 4)	
fiber therapy (m-cellulose) 500 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
fiber-lax 625 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
FLEET ENEMA 19-7 GRAM/118 ML ENEMA	\$0 (Nivel 4)	
fleet glycerin (adult) SUPPOSITORY	\$0 (Nivel 4)	
fleet glycerin (child) SUPPOSITORY	\$0 (Nivel 4)	
FLEET GLYCERIN LAXATIVE 5.4 GRAM/5.4 ML SOLUTION	\$0 (Nivel 4)	
FLEET PEDIATRIC 9.5-3.5 GRAM/59 ML ENEMA	\$0 (Nivel 4)	
gavilax 17 gram/dose POWDER	\$0 (Nivel 4)	
gentle laxative (bisacodyl) 10 mg SUPPOSITORY	\$0 (Nivel 4)	
gentle laxative (bisacodyl) 5 mg TABLET, DR/EC	\$0 (Nivel 4)	
glycerin (adult) SUPPOSITORY	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
glycerin (child) SUPPOSITORY	\$0 (Nivel 4)	
guaifenesin 100 mg/5 ml LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
headache relief (asa-acet-caf) 250-250-65 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
healthylax 17 gram POWDER IN PACKET	\$0 (Nivel 4)	
heartburn relief 254-237.5 mg/5 ml SUSPENSION	\$0 (Nivel 4)	
heartburn relief (famotidine) 10 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
ibu-200 200 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
ibuprofen 200 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
ibuprofen ib 200 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
infant pain reliever 160 mg/5 ml SUSPENSION	\$0 (Nivel 4)	
infant's acetaminophen 160 mg/5 ml SUSPENSION	\$0 (Nivel 4)	
infants' pain and fever 160 mg/5 ml SUSPENSION	\$0 (Nivel 4)	
infants' pain relief 160 mg/5 ml SUSPENSION	\$0 (Nivel 4)	
KONSYL SUGAR-FREE 6 GRAM POWDER IN PACKET	\$0 (Nivel 4)	
KONSYL SUGAR-FREE 6 GRAM/6 GRAM POWDER	\$0 (Nivel 4)	
laxative (bisacodyl) 5 mg TABLET, DR/EC	\$0 (Nivel 4)	
laxative (sennosides) 15 mg, 25 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
levonorgestrel 1.5 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
loperamide 1 mg/7.5 ml LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
loratadine 10 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
loratadine 10 mg TABLET, DISINTEGRATING	\$0 (Nivel 4)	
loratadine 5 mg/5 ml SOLUTION	\$0 (Nivel 4)	
m-dryl 12.5 mg/5 ml LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
m-pap 160 mg/5 ml LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
mag-al plus 200-200-20 mg/5 ml SUSPENSION	\$0 (Nivel 4)	
mag-al plus extra strength 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	\$0 (Nivel 4)	
magnesium hydroxide 2,400 mg/10 ml, 400 mg/5 ml SUSPENSION	\$0 (Nivel 4)	
magnesium oxide 400 mg (241.3 mg magnesium), 420 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
meclizine 12.5 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
meclizine 25 mg CHEWABLE TABLET	\$0 (Nivel 4)	
miconazole nitrate 1,200-2 mg-% KIT	\$0 (Nivel 4)	
miconazole nitrate 100 mg SUPPOSITORY	\$0 (Nivel 4)	
miconazole nitrate 2 % CREAM	\$0 (Nivel 4)	
miconazole-3 200 mg- 2 % (9 gram) KIT	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
miconazole-3 4 % (200 mg)- 2 % (9 gram) COMBO PACK, PREFILL, CREAM	\$0 (Nivel 4)	
miconazole-7 100 mg SUPPOSITORY	\$0 (Nivel 4)	
miconazole-7 2 % CREAM	\$0 (Nivel 4)	
migraine formula 250-250-65 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
migraine relief 250-250-65 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
milk of magnesia 400 mg/5 ml SUSPENSION	\$0 (Nivel 4)	
mintox maximum strength 400-400-40 mg/5 ml SUSPENSION	\$0 (Nivel 4)	
mintox plus 200-200-25 mg CHEWABLE TABLET	\$0 (Nivel 4)	
motion sickness 50 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
motion sickness (meclizine) 25 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
motion sickness relief 50 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
motion sickness relief(mecliz) 25 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
motion-time 25 mg CHEWABLE TABLET	\$0 (Nivel 4)	
MUCINEX 1,200 MG, 600 MG TABLET, ER 12 HR.	\$0 (Nivel 4)	
MUCINEX DM 30-600 MG, 60-1,200 MG TABLET, ER 12 HR.	\$0 (Nivel 4)	
mucinex fast-max chest-congest 100 mg/5 ml LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
mucus dm 30-600 mg TABLET, ER 12 HR.	\$0 (Nivel 4)	
mucus dm max er 60-1,200 mg TABLET, ER 12 HR.	\$0 (Nivel 4)	
mucus relief er 1,200 mg, 600 mg TABLET, ER 12 HR.	\$0 (Nivel 4)	
MUCUS-CHEST CONGESTION 100 MG/5 ML LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
mucus-er max 1,200 mg TABLET, ER 12 HR.	\$0 (Nivel 4)	
my choice 1.5 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
my way 1.5 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
naproxen sodium 220 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
nasal decongestant (pseudoeph) 30 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
natura-lax 17 gram/dose POWDER	\$0 (Nivel 4)	
nausea relief SOLUTION	\$0 (Nivel 4)	
new day 1.5 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
nicotine 14 mg/24 hr, 21 mg/24 hr, 7 mg/24 hr PATCH, 24 HR.	\$0 (Nivel 4)	
nicotine 21-14-7 mg/24 hr PATCH, TD DAILY, SEQUENTIAL	\$0 (Nivel 4)	
nicotine (polacrilex) 2 mg, 4 mg GUM	\$0 (Nivel 4)	
nicotine (polacrilex) 2 mg, 4 mg LOZENGE	\$0 (Nivel 4)	
nicotine (polacrilex) 2 mg, 4 mg MINI LOZENGE	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
non-aspirin pain relief 500 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
opcicon one-step 1.5 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
option-2 1.5 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
pain relief (acetaminophen) 325 mg, 500 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
pain relief es (acetaminophen) 500 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
pain reliever (acetaminophen) 325 mg, 500 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
pain reliever es(acetaminophn) 500 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
pain reliever plus 250-250-65 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
PEDIA-LAX 2.8 GRAM/2.7 ML SOLUTION	\$0 (Nivel 4)	
pedia-lax stool softener 50 mg/15 ml SYRUP	\$0 (Nivel 4)	
pinaway 50 mg/ml SUSPENSION	\$0 (Nivel 4)	
pink bismuth 262 mg CHEWABLE TABLET	\$0 (Nivel 4)	
pink bismuth 262 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
pinworm treatment 50 mg/ml SUSPENSION	\$0 (Nivel 4)	
polyethylene glycol 3350 17 gram POWDER IN PACKET	\$0 (Nivel 4)	
polyethylene glycol 3350 17 gram/dose POWDER	\$0 (Nivel 4)	
pseudoephedrine hcl 30 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
ready-to-use enema 19-7 gram/118 ml ENEMA	\$0 (Nivel 4)	
reese's pinworm medicine 50 mg/ml SUSPENSION	\$0 (Nivel 4)	
reno caps 1 mg CAPSULE	\$0 (Nivel 4)	
robafen 100 mg/5 ml LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
robafen dm cough 10-100 mg/5 ml LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
robafen dm cough-chest congest 10-100 mg/5 ml SYRUP	\$0 (Nivel 4)	
saline nasal 0.65 % AEROSOL SPRAY	\$0 (Nivel 4)	
senexon-s 8.6-50 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
senna 8.6 mg CAPSULE	\$0 (Nivel 4)	
senna 8.6 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
senna 8.8 mg/5 ml SYRUP	\$0 (Nivel 4)	
senna lax 8.6 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
senna laxative 8.6 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
senna plus 8.6-50 mg CAPSULE	\$0 (Nivel 4)	
senna plus 8.6-50 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
senna-s 8.6-50 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
senna-time s 8.6-50 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
sennosides 8.8 mg/5 ml SYRUP	\$0 (Nivel 4)	
sennosides-docusate sodium 8.6-50 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
SENOKOT 8.6 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
SENOKOT EXTRA STRENGTH 17.2 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
SENOKOT-S 8.6-50 MG TABLET	\$0 (Nivel 4)	
SILACE 50 MG/5 ML LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
SILACE 60 MG/15 ML SYRUP	\$0 (Nivel 4)	
siladryl sa 12.5 mg/5 ml LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
silapap 160 mg/5 ml LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
siltussin sa 100 mg/5 ml LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
siltussin-dm 10-100 mg/5 ml SYRUP	\$0 (Nivel 4)	
sodium bicarbonate 325 mg, 650 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
SODIUM BICARBONATE (BULK) POWDER	\$0 (Nivel 4)	
sodium citrate-citric acid 500-334 mg/5 ml SOLUTION	\$0 (Nivel 4)	
SORBITOL 70 % SOLUTION	\$0 (Nivel 4)	
stimulant laxative plus 8.6-50 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
stomach relief 262 mg CHEWABLE TABLET	\$0 (Nivel 4)	
stomach relief 262 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
stomach relief 262 mg/15 ml, 525 mg/15 ml SUSPENSION	\$0 (Nivel 4)	
stool softener 100 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
stool softener 100 mg, 250 mg CAPSULE	\$0 (Nivel 4)	
stool softener (docusate cal) 240 mg CAPSULE	\$0 (Nivel 4)	
stool softener-laxative 8.6-50 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
stool softener-stimulant laxat 8.6-50 mg CAPSULE	\$0 (Nivel 4)	
stool softener-stimulant laxat 8.6-50 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
sudogest 30 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
suphedrin 30 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
tioconazole 6.5 % OINTMENT	\$0 (Nivel 4)	
tioconazole-1 6.5 % OINTMENT	\$0 (Nivel 4)	
tri-buffered aspirin 325 mg TABLET	\$0 (Nivel 4)	
tusnel diabetic 10-100 mg/5 ml LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
tussin dm 10-100 mg/5 ml LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
tussin dm 10-100 mg/5 ml SYRUP	\$0 (Nivel 4)	
tussin dm clear 10-100 mg/5 ml SYRUP	\$0 (Nivel 4)	

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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)	Medidas necesarias, restricciones o límites en el uso
tussin dm cough and chest 10-100 mg/5 ml SYRUP	\$0 (Nivel 4)	
tussin mucus-chest congestion 100 mg/5 ml LIQUID	\$0 (Nivel 4)	
women's gentle laxative(bisac) 5 mg TABLET, DR/EC	\$0 (Nivel 4)	



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.

D. Índice de medicamentos

A		ADACEL(TDAP ADOLESN/ADULT)(PF) 44	
abacavir	96	adapalene	29
abacavir-lamivudine	96	ADCETRIS	81
abacavir-lamivudine-zidovudine	96	adefovir	96
ABELCET	79	ADEMPAS	111
ABILIFY ASIMTUFII	93	adriamycin	81, 82
ABILIFY MAINTENA	93	adult aspirin regimen	116
abiraterone	81	adult tussin chest congestion	116
ABOUTTIME PEN NEEDLE	52	adult tussin cough congest dm	116
ABRAXANE	81	adult tussin dm	116
acamprosate	26	ADVAIR DISKUS	111
acarbose	107	ADVAIR HFA	111
accutane	28	advanced antacid-antigas	116
acebutolol	17	ADVOCATE PEN NEEDLE	52
acetaminophen	115	ADVOCATE SYRINGES	52
acetaminophen-codeine	64	afirmelle	34
acetazolamide	17	AIMOVIG AUTOINJECTOR	15
acetazolamide sodium	17	ak-poly-bac	49
acetic acid	67	albendazole	92
acetylcysteine	52, 111	albuterol sulfate	111
acid controller	116	ALCAINE	49
acid gone antacid	116	ALCOHOL PADS	52
acid gone antacid e.strength	116	ALCOHOL PREP PADS	52
acid reducer (famotidine)	116	ALCOHOL SWABS	52
acitretin	28	ALCOHOL WIPES	53
ACTHIB (PF)	44	ALECENSA	82
ACTIMMUNE	44	alendronate	24
acyclovir	96	alfuzosin	33
acyclovir sodium	96	ALIMTA	82

ALIQOPA	82	AMINOSYN II 7 %	101
aliskiren	17	AMINOSYN II 8.5 %	101
all day allergy (cetirizine)	116	AMINOSYN II 8.5 %-ELECTROLYTES	101
all day pain relief	116	AMINOSYN M 3.5 %	101
all day relief	116	AMINOSYN 10 %	100
aller-g-time	116	AMINOSYN 7 % WITH ELECTROLYTES	100
allergy (diphenhydramine)	116	AMINOSYN 8.5 %	101
allergy relief (cetirizine)	116	AMINOSYN 8.5 %-ELECTROLYTES	101
allergy relief (loratadine)	116	AMINOSYN-HBC 7%	101
allergy relief(diphenhydramin)	116	AMINOSYN-PF 10 %	101
allopurinol	15	AMINOSYN-PF 7 % (SULFITE-FREE)	101
almacone-2	116	AMINOSYN-RF 5.2 %	101
ALPHAGAN P	49	amiodarone	18
alprazolam	66	amitriptyline	76
altavera (28)	34	amlodipine	18
alum-mag hydroxide-simeth	116	amlodipine-benazepril	18
aluminum hydroxide gel	116	amlodipine-valsartan	18
ALUNBRIG	82	ammonium lactate	29
alyacen 1/35 (28)	34	amnestem	29
alyacen 7/7/7 (28)	34	amoxapine	76
alyq	111	amoxicillin	67
amabelz	34	amoxicillin-pot clavulanate	68
amantadine hcl	16	amphotericin b	79
AMBISOME	79	amphotericin b liposome	79
ambrisentan	111	ampicillin	68
amiloride	17	ampicillin sodium	68
amiloride-hydrochlorothiazide	17	ampicillin-sulbactam	68
aminocaproic acid	105	anagrelide	105
aminophylline	111	anastrozole	82
AMINOSYN II 10 %	101	antacid	116
AMINOSYN II 15 %	101	antacid (calcium carbonate)	116



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.

antacid anti-gas	116	aspirin,buffd-calcium carb-mag	117
antacid exst (mag carb-al hyd)	116	ASSURE ID DUO-SHIELD	53
antacid ext str (calcium carb)	116	ASSURE ID INSULIN SAFETY	53
antacid extra-strength	117	ASSURE ID PEN NEEDLE	53
antacid maximum strength	117	atazanavir	96, 97
antacid plus anti-gas	117	atenolol	18
antacid regular strength	117	atenolol-chlorthalidone	18
antacid-antigas	117	atomoxetine	26
antacid-simethicone	117	atorvastatin	18
anti-diarrheal (loperamide)	117	atovaquone	92
anti-nausea	117	atovaquone-proguanil	92
apraclonidine	49	atropine	49
aprepitant	78	ATROPINE SULFATE (PF)	49
APRETUDE	96	ATROVENT HFA	111
apri	34	aubra	34
APTIOM	72	aubra eq	34
APTIVUS	96	aurovela fe 1.5/30 (28)	34
aranelle (28)	34	aurovela fe 1-20 (28)	34
ARCALYST	44	aurovela 1.5/30 (21)	34
arformoterol	111	aurovela 1/20 (21)	34
aripiprazole	93	aurovela 24 fe	34
ARISTADA	93	AUSTEDO	26
ARISTADA INITIO	93	AUSTEDO XR	26
ARMOUR THYROID	42	AUTOJECT 2 INJECTION DEVICE	53
ARNUITY ELLIPTA	111	AUTOPEN 1 TO 21 UNITS	53
ARRANON	82	AUTOPEN 2 TO 42 UNITS	53
arsenic trioxide	82	AUVELITY	76
asenapine maleate	93	AUVI-Q	111
ASPARLAS	82	aviane	34
aspirin	117	ayuna	34
aspirin-dipyridamole	105	AYVAKIT	82

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



azacitidine	82	BD NANO 2ND GEN PEN NEEDLE	53
azathioprine	44	BD SAFETYGLIDE INSULIN SYRINGE	53
azelastine	49, 111	BD SAFETYGLIDE SYRINGE	53
azithromycin	68	BD ULTRA-FINE MICRO PEN NEEDLE	53
aztreonam	68	BD ULTRA-FINE MINI PEN NEEDLE	54
azurette (28)	34	BD ULTRA-FINE NANO PEN NEEDLE	54
B		BD ULTRA-FINE ORIG PEN NEEDLE	54
bacitracin	49, 68	BD ULTRA-FINE SHORT PEN NEEDLE	54
bacitracin-polymyxin b	49	BD VEO INSULIN SYR (HALF UNIT)	54
baclofen	15	BD VEO INSULIN SYRINGE UF	54
bal-care dha	101	BELEODAQ	82
balsalazide	25	BELSOMRA	51
BALVERSA	82	benazepril	18
BAND-AID GAUZE PADS	53	benazepril-hydrochlorothiazide	18
banophen	117	bendamustine	82
BAQSIMI	107	BENDEKA	82
BARACLUDE	97	BENLYSTA	44
BAVENCIO	82	benztropine	16
BCG VACCINE, LIVE (PF)	44	BESPONSA	82
BD ALCOHOL SWABS	53	betaine	114
BD AUTOSHIELD DUO PEN NEEDLE	53	betamethasone dipropionate	29
BD ECLIPSE LUER-LOK	53	betamethasone valerate	29
BD INSULIN SYRINGE	53	betamethasone, augmented	29
BD INSULIN SYRINGE (HALF UNIT)	53	BETASERON	27
BD INSULIN SYRINGE MICRO-FINE	53	betaxolol	49
BD INSULIN SYRINGE SAFETY-LOK	53	bethanechol chloride	33
BD INSULIN SYRINGE SLIP TIP	53	bexarotene	82
BD INSULIN SYRINGE U-500	53	BEXSERO	44
BD INSULIN SYRINGE ULTRA-FINE	53	bicalutamide	82
BD LO-DOSE MICRO-FINE IV	53	BICILLIN C-R	68
BD LO-DOSE ULTRA-FINE	53	BICILLIN L-A	68

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



BICNU	82	bupropion hcl	76
BIKTARVY	97	bupropion hcl (smoking deter)	26
bisacodyl	117	buspirone	66
bismatrol	117	busulfan	83
bismuth subcit k-metronidz-tcn	31	BUSULFEX	83
bismuth subsalicylate	117	butalbital-acetaminophen-caff	54
bisoprolol fumarate	18	C	
bisoprolol-hydrochlorothiazide	18	c-nate dha	101
BLENREP	82	CABENUVA	97
bleomycin	82	cabergoline	42
blisovi fe 1.5/30 (28)	34	CABLIVI	105
blisovi fe 1/20 (28)	34	CABOMETYX	83
blisovi 24 fe	34	cal-gest antacid	117
BOOSTRIX TDAP	44	calcipotriene	29
BORDERED GAUZE	54	calcitonin (salmon)	24
BORTEZOMIB	82	calcitriol	24
BOSULIF	82	calcium acetate(phosphat bind)	101
BRAFTOVI	82	calcium antacid	117
BREO ELLIPTA	111	calcium carbonate	117
BREZTRI AEROSPHERE	111	CALQUENCE	83
BRILINTA	105	CALQUENCE (ACALABRUTINIB MAL)	83
brimonidine	49	camila	34
BRIVIACT	72, 73	camrese lo	34
bromocriptine	16	CAMZYOS	18
BROVANA	111	candesartan	18
BRUKINSA	82	candesartan-hydrochlorothiazid	18
budesonide	25, 111	CAPLYTA	93
bumetanide	18	CAPRELSA	83
buprenorphine	64	captopril	18
buprenorphine hcl	26	captopril-hydrochlorothiazide	18
buprenorphine-naloxone	26	carbamazepine	73

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



carbidopa-levodopa	17	ceftriaxone	69
carbidopa-levodopa-entacapone	17	cefuroxime axetil	69
carboplatin	83	cefuroxime sodium	69
CAREFINE PEN NEEDLE	54	CELLCEPT	44
CARETOUCH ALCOHOL PREP PAD	54	CELLCEPT INTRAVENOUS	44
CARETOUCH INSULIN SYRINGE	54	CELONTIN	73
CARETOUCH PEN NEEDLE	54	cephalexin	69
carglumic acid	101	CERDELGA	114
carisoprodol	110	CEREZYME	114
carmustine	83	cetirizine	111, 117
carteolol	49	chateal eq (28)	34
cartia xt	18	CHEMET	101
carvedilol	18	CHENODAL	31
caspofungin	79	CHEST CONGESTION RELIEF	117
CAYSTON	111	chest congestion relief dm	117
caziant (28)	34	child allergy relf(cetirizine)	117
cefaclor	68	child's all day allergy(cetir)	117
cefadroxil	68	children's acetaminophen	117, 118
cefazolin	68	children's allergy (diphenhyd)	118
cefazolin in dextrose (iso-os)	68	children's allergy relief(lor)	118
cefdinir	68	children's allergy(cetirizine)	118
cefepime	68	children's aspirin	118
cefixime	68	children's cetirizine	118
cefotaxime	68	children's diphenhydramine	118
cefotetan	68	children's loratadine	118
cefoxitin	69	children's mapap	118
cefoxitin in dextrose, iso-osm	69	children's pain relief	118
cefpodoxime	69	children's pain reliever	118
cefprozil	69	children's pain-fever relief	118
ceftazidime	69	chloramphenicol sod succinate	69
ceftazidime in d5w	69	chlorhexidine gluconate	28



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.

chloroquine phosphate	92	clindamycin phosphate	29, 69
chlorothiazide sodium	18	CLINIMIX E 2.75%/D5W SULF FREE	101
chlorpromazine	93, 94	CLINIMIX E 4.25%/D5W SULF FREE	101
chlorthalidone	19	CLINIMIX E 5%/D15W SULFIT FREE	101
chocolate laxative	118	CLINIMIX E 5%/D20W SULFIT FREE	101
CHOLBAM	114	CLINIMIX E 8%-D10W SULFITEFREE	102
cholestyramine (with sugar)	19	CLINIMIX E 8%-D14W SULFITEFREE	102
cholestyramine light	19	CLINIMIX 4.25%/D10W SULF FREE	101
cholestyramine-aspartame	19	CLINIMIX 4.25%/D5W SULFIT FREE	101
CHORIONIC GONADOTROPIN, HUMAN	40	CLINIMIX 5%-D20W(SULFITE-FREE)	101
ciclodan	79	CLINIMIX 5%/D15W SULFITE FREE	101
ciclopirox	79	CLINIMIX 6%-D5W (SULFITE-FREE)	101
cilostazol	105	CLINIMIX 8%-D10W(SULFITE-FREE)	101
CIMDUO	97	CLINIMIX 8%-D14W(SULFITE-FREE)	101
cimetidine	31	CLINOLIPID	102
cimetidine hcl	31	clobazam	73
cinacalcet	24	clobetasol	29
ciprofloxacin hcl	49, 69	clobetasol-emollient	29
ciprofloxacin in 5 % dextrose	69	clofarabine	83
cisplatin	83	CLOLAR	83
citalopram	76	clomipramine	76
cladribine	83	clonazepam	66, 67
claravis	29	clonidine	19
clarithromycin	69	clonidine hcl	19
clearlax	118	clopidogrel	105
CLENPIQ	31	clorazepate dipotassium	67
CLICKFINE PEN NEEDLE	54	clotrimazole	79, 118
clindamycin hcl	69	clotrimazole-betamethasone	79
clindamycin in 0.9 % sod chlor	69	clotrimazole-3	118
clindamycin in 5 % dextrose	69	clovique	102
clindamycin pediatric	69	clozapine	94

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



COARTEM	92	CREON	114
COLACE	118	cromolyn	49, 111
COLACE CLEAR	118	cryselle (28)	34
COLACE 2-IN-1	118	CRYSVITA	114
colchicine (gout)	15	CURITY ALCOHOL SWABS	54
colestipol	19	CURITY GAUZE	55
colistin (colistimethate na)	69	cyclafem 1/35 (28)	34
COLUMVI	83	cyclafem 7/7/7 (28)	34
COMBIGAN	49	cyclobenzaprine	110
COMBIPATCH	34	cyclophosphamide	83
COMBIVENT RESPIMAT	111	cycloserine	81
COMETRIQ	83	cyclosporine	45
COMFORT EZ INSULIN SYRINGE	54	cyclosporine modified	45
COMFORT EZ PEN NEEDLES	54	cyproheptadine	111
COMFORT TOUCH PEN NEEDLE	54	CYRAMZA	83
COMPLERA	97	cyred	34
complete allergy	118	cyred eq	34
complete allergy medicine	118	CYSTAGON	114
complete natal dha	102	CYSTARAN	49
compro	78	cytarabine	83
constulose	31	cytarabine (pf)	83
COPAXONE	27	D	
COPIKTRA	83	dacarbazine	83
CORLANOR	19	dactinomycin	83
COSENTYX	44	dalfampridine	27
COSENTYX (2 SYRINGES)	44	DALIRESP	111, 112
COSENTYX PEN	44	danazol	34
COSENTYX PEN (2 PENS)	45	dantrolene	15
COSMEGEN	83	DANYELZA	83
COTELLIC	83	dapsone	81
cough syrup dm	118	DAPTACEL (DTAP PEDIATRIC) (PF)	45

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite [Humana.com](https://www.humana.com).



daptomycin	70	dextromethorphan-guaifenesin	118
darunavir ethanolate	97	dextrose 10 % and 0.2 % nacl	102
DARZALEX	83	dextrose 10 % in water (d10w)	102
DARZALEX FASPRO	83	dextrose 5 % in water (d5w)	102
dasetta 1/35 (28)	35	dextrose 5%-0.2 % sod chloride	102
dasetta 7/7/7 (28)	35	dextrose 5%-0.3 % sod.chloride	102
daunorubicin	84	DIACOMIT	73
DAURISMO	84	diazepam	67, 73
deblitane	35	diazepam intensol	67
decitabine	84	diazoxide	107
deferasirox	102	diclofenac sodium	49, 64
DELSTRIGO	97	dicloxacillin	70
demeclocycline	70	dicyclomine	31
DEMSER	19	didanosine	97
DENGVAXIA (PF)	45	DIFICID	70
DEPO-ESTRADIOL	35	difluprednate	49
DERMACEA	55	digitek	19
DESCOVY	97	digox	19
desipramine	76	digoxin	19
desmopressin	40	dihydroergotamine	15, 16
desog-e.estradiol/e.estradiol	35	DILANTIN INFATABS	73
desogestrel-ethinyl estradiol	35	DILANTIN-125	73
desvenlafaxine succinate	76	dilt-xr	19
dexamethasone	40	diltiazem hcl	19
dexamethasone intensol	40	dimethyl fumarate	27
dexamethasone sodium phos (pf)	40	diphenhydramine hcl	112, 118
dexamethasone sodium phosphate	41, 49	diphenoxylate-atropine	31
dexmethylphenidate	27	dipyridamole	105
dexrazoxane hcl	84	disulfiram	26
dextroamphetamine sulfate	27		
dextroamphetamine-amphetamine	27		

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



DIURIL	19	DROPLET INSULIN SYRINGE	55
divalproex	73	DROPLET MICRON PEN NEEDLE	55
DOCEFREZ	84	DROPLET PEN NEEDLE	55
docetaxel	84	DROPSAFE ALCOHOL PREP PADS	55
docu	118	DROPSAFE INSULIN SYRINGE	55
docusate calcium	119	DROPSAFE PEN NEEDLE	55
docusate sodium	119	drospirenone-ethinyl estradiol	35
docusol	119	DROXIA	55
DOCUSOL KIDS	119	DUAVEE	35
DOCUSOL PLUS	119	duloxetine	76
dofetilide	19	DUPIXENT PEN	45
DOJOLVI	55	DUPIXENT SYRINGE	45
dok	119	DUREZOL	50
donepezil	14	dutasteride	33
dorzolamide	50	dutasteride-tamsulosin	33
dorzolamide-timolol	50	d10 %-0.45 % sodium chloride	102
dotti	35	d2.5 %-0.45 % sodium chloride	102
DOVATO	97	d5 % and 0.9 % sodium chloride	102
doxazosin	19	d5 %-0.45 % sodium chloride	102
doxepin	67	E	
doxercalciferol	24	EASY COMFORT ALCOHOL PAD	55
doxorubicin	84	EASY COMFORT INSULIN SYRINGE	55
doxorubicin, peg-liposomal	84	EASY COMFORT PEN NEEDLES	55
doxy-100	70	EASY GLIDE INSULIN SYRINGE	55
doxycycline hyclate	70	EASY GLIDE PEN NEEDLE	55
doxycycline monohydrate	70	EASY TOUCH	56
driminate	119	EASY TOUCH ALCOHOL PREP PADS	56
DRISDOL	115	EASY TOUCH FLIPLOCK INSULIN	56
DRIZALMA SPRINKLE	76	EASY TOUCH INSULIN SAFETY SYR	56
dronabinol	78	EASY TOUCH INSULIN SYRINGE	56
DROPLET INSULIN SYR(HALF UNIT)	55	EASY TOUCH LUER LOCK INSULIN	56

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



EASY TOUCH PEN NEEDLE	56	emtricitabine-tenofovir (tdf)	97
EASY TOUCH SAFETY PEN NEEDLE	56	EMTRIVA	97
EASY TOUCH SHEATHLOCK INSULIN	56	enalapril maleate	19
EASY TOUCH UNI-SLIP	56	enalapril-hydrochlorothiazide	19
ec-naproxen	64	ENBREL	45
econtra ez	119	ENBREL MINI	45
econtra one-step	119	ENBREL SURECLICK	45
ed-apap	119	endocet	64
EDURANT	97	enema	119
efavirenz	97	enema disposable	119
efavirenz-emtricitabin-tenofov	97	ENEMEEZ	119
efavirenz-lamivu-tenofov disop	97	ENEMEEZ PLUS	119
EGRIFTA SV	40	ENERGIX-B (PF)	45
electrolyte-a	102	ENERGIX-B PEDIATRIC (PF)	45
electrolyte-148	102	ENHERTU	84
electrolyte-48 in d5w	102	enoxaparin	106
ELELYSO	114	enpresse	35
elinest	35	enskyce	35
ELIQUIS	105	entacapone	17
ELIQUIS DVT-PE TREAT 30D START	106	entecavir	97
ELLA	35	ENTRESTO	19
ELMIRON	33	enulose	31
ELZONRIS	84	ENVARUSUS XR	45
EMBRACE PEN NEEDLE	56	EPCLUSA	97
EMCYT	84	EPIDIOLEX	73
EMGALITY PEN	16	epinephrine	112
EMGALITY SYRINGE	16	epirubicin	84
emoquette	35	epitol	73
EMPLICITI	84	EPIVIR HBV	97
EMSAM	76	EPKINLY	84
emtricitabine	97	EPRONTIA	16

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



ERBITUX	84	EVOMELA	84
ergocalciferol (vitamin d2)	115, 119	EVOTAZ	97
ergotamine-caffeine	16	EXEL INSULIN	56
ERIVEDGE	84	exemestane	85
ERLEADA	84	EXKIVITY	85
erlotinib	84	EYSUVIS	50
errin	35	ezetimibe	20
ertapenem	70	F	
ERWINAZE	84	falmina (28)	35
ery pads	29	famciclovir	97
ERYTHROCIN	70	famotidine	32, 119
erythromycin	50, 70	famotidine (pf)	32
erythromycin lactobionate	70	famotidine (pf)-nacl (iso-os)	32
erythromycin with ethanol	29	FANAPT	94
escitalopram oxalate	77	FASENRA PEN	112
esomeprazole magnesium	31	felbamate	73
estradiol	35	felodipine	20
estradiol valerate	35	femynor	35
estradiol-norethindrone acet	35	fenofibrate	20
ethacrynate sodium	19	fenofibrate micronized	20
ethambutol	81	fenofibrate nanocrystallized	20
ethosuximide	73	fentanyl	64
ethynodiol diac-eth estradiol	35	fentanyl citrate	64
etodolac	64	fentanyl citrate (pf)	64
ETOPOPHOS	84	fesoterodine	33
etoposide	84	FETZIMA	77
etravirine	97	FEVERALL	119
EULEXIN	84	FIASP FLEXTOUCH U-100 INSULIN	107
EUTHYROX	42	FIASP PENFILL U-100 INSULIN	107
everolimus (antineoplastic)	84	FIASP U-100 INSULIN	107
everolimus (immunosuppressive)	45	fiber (calcium polycarbophil)	119

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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 laxative (ca polycarbo)	119	fluphenazine decanoate	94
fiber laxative(methylcellulos)	119	fluphenazine hcl	94
FIBER THERAPY (M-CELL/SUGAR)	119	flurbiprofen	64
fiber therapy (m-cellulose)	119	flurbiprofen sodium	50
fiber-lax	119	flutamide	85
finasteride	33	fluticasone propion-salmeterol	112
fingolimod	27	fluticasone propionate	30, 112
FINTEPLA	73	fluvastatin	20
FIRDAPSE	27	fluvoxamine	77
FIRMAGON	42	FOLOTYN	85
FIRMAGON KIT W DILUENT SYRINGE	42	formoterol fumarate	112
flecainide	20	FORTEO	24
FLEET ENEMA	119	fosamprenavir	98
fleet glycerin (adult)	119	fosinopril	20
fleet glycerin (child)	119	fosinopril-hydrochlorothiazide	20
FLEET GLYCERIN LAXATIVE	119	fosphenytoin	73
FLEET PEDIATRIC	119	FOTIVDA	85
FLOVENT DISKUS	112	FREESTYLE PRECISION	56
FLOVENT HFA	112	FULPHILA	106
fluconazole	79, 80	fulvestrant	85
fluconazole in nacl (iso-osm)	80	furosemide	20
flucytosine	80	FUZEON	98
fludarabine	85	FYARRO	85
fludrocortisone	41	FYCOMPA	73
flunisolide	112	G	
fluocinolone	29, 30		
fluocinolone acetone oil	14	gabapentin	73
fluocinolone and shower cap	30	galantamine	14
fluorometholone	50	GAMUNEX-C	45
fluorouracil	30, 85	GARDASIL 9 (PF)	45
fluoxetine	77	GATTEX ONE-VIAL	32
		GATTEX 30-VIAL	32

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



GAUZE BANDAGE	56	glycerin (child)	120
GAUZE PAD	56	glycopyrrolate	32
gavilax	119	GLYXAMBI	108
gavilyte-c	32	granisetron (pf)	78
gavilyte-g	32	granisetron hcl	78
gavilyte-n	32	griseofulvin microsize	80
GAVRETO	85	griseofulvin ultramicrosize	80
GAZYVA	85	guaifenesin	120
gefitinib	85	guanfacine	20, 27
gemcitabine	85	GVOKE	108
gemfibrozil	20	GVOKE HYPOPEN 1-PACK	108
generlac	32	GVOKE HYPOPEN 2-PACK	108
gengraf	45	GVOKE PFS 1-PACK SYRINGE	108
gentak	50	GVOKE PFS 2-PACK SYRINGE	108
gentamicin	50, 70	H	
gentamicin in nacl (iso-osm)	70	HAEGARDA	45
gentle laxative (bisacodyl)	119	hailey	35
GENVOYA	98	hailey fe 1.5/30 (28)	35
GILENYA	27	hailey fe 1/20 (28)	35
GILOTRIF	85	hailey 24 fe	35
glatiramer	27	HALAVEN	85
glatopa	27	haloperidol	94
GLEOSTINE	85	haloperidol decanoate	94
glimepiride	107	haloperidol lactate	94
glipizide	107	HARVONI	98
glipizide-metformin	107	HAVRIX (PF)	46
GLUCAGEN HYPOKIT	107	headache relief (asa-acet-caf)	120
glyburide	107	HEALTHWISE INSULIN SYRINGE	56
glyburide micronized	107	HEALTHWISE PEN NEEDLE	57
glyburide-metformin	107	HEALTHY ACCENTS UNIFINE PENTIP	57
glycerin (adult)	119	healthylax	120

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



heartburn relief	120	HYFTOR	30
heartburn relief (famotidine)	120	I	
heather	35	ibandronate	24
HECTOROL	24	IBRANCE	85
heparin (porcine)	106	ibu	64
heparin, porcine (pf)	106	ibu-200	120
HEPLISAV-B (PF)	46	ibuprofen	64, 120
HETLIOZ	51	ibuprofen ib	120
HETLIOZ LQ	51	icatibant	46
HIBERIX (PF)	46	iclevia	35
HUMIRA	46	ICLUSIG	85
HUMIRA PEN	46	idarubicin	85
HUMIRA PEN CROHNS-UC-HS START	46	IDHIFA	85
HUMIRA PEN PSOR-UEITS-ADOL HS	46	ifosfamide	85
HUMIRA(CF)	46	ILEVRO	50
HUMIRA(CF) PEDI CROHNS STARTER	46	imatinib	85
HUMIRA(CF) PEN	46	IMBRUVICA	85, 86
HUMIRA(CF) PEN CROHNS-UC-HS	46	IMFINZI	86
HUMIRA(CF) PEN PEDIATRIC UC	46	imipenem-cilastatin	70
HUMIRA(CF) PEN PSOR-UV-ADOL HS	46	imipramine hcl	77
hydralazine	20	imipramine pamoate	77
hydrochlorothiazide	20	imiquimod	30
hydrocodone-acetaminophen	64	IMJUDO	86
hydrocodone-ibuprofen	64	IMLYGIC	86
hydrocortisone	25, 30	IMOVAX RABIES VACCINE (PF)	46
hydrocortisone-acetic acid	14	INBRIJA	17
hydromorphone	64	incassia	35
hydroxychloroquine	92, 93	INCONTROL ALCOHOL PADS	57
hydroxyurea	85	INCONTROL PEN NEEDLE	57
hydroxyzine hcl	67	INCRELEX	40
hydroxyzine pamoate	112	indapamide	20

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



indomethacin	65	ipratropium-albuterol	112
INFANRIX (DTAP) (PF)	46	irbesartan	20
infant pain reliever	120	irbesartan-hydrochlorothiazide	20
infant's acetaminophen	120	IRESSA	86
infants' pain and fever	120	irinotecan	86
infants' pain relief	120	ISENTRESS	98
INGREZZA	27	ISENTRESS HD	98
INGREZZA INITIATION PACK	27	isibloom	35
INLYTA	86	ISOLYTE-P IN 5 % DEXTROSE	102
INQOVI	86	ISOLYTE-S	102
INREBIC	86	isoniazid	81
INSULIN SYR/NDL U100 HALF MARK	57	isosorbide dinitrate	20
INSULIN SYRINGE	57	isosorbide mononitrate	20
INSULIN SYRINGE MICROFINE	57	isotretinoin	30
INSULIN SYRINGE NEEDLELESS	57	isradipine	21
INSULIN SYRINGE-NEEDLE U-100	57	ISTODAX	86
INSUPEN PEN NEEDLE	57	itraconazole	80
INTELENCE	98	IV PREP WIPES	57
INTRALIPID	102	ivermectin	93
INTRON A	46	IXEMPRA	86
INVEGA HAFYERA	94	IXIARO (PF)	46
INVEGA SUSTENNA	94	J	
INVEGA TRINZA	94	JAKAFI	86
INVIRASE	98	jantoven	106
INVOKAMET	108	JANUMET	108
INVOKAMET XR	108	JANUMET XR	108
INVOKANA	108	JANUVIA	108
IONOSOL-B IN D5W	102	JARDIANCE	108
IONOSOL-MB IN D5W	102	jasmiel (28)	36
IPOL	46	javygtor	114
ipratropium bromide	112	JAYPIRCA	86

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



JEMPERLI	86	klor-con m10	102
jencycla	36	KLOR-CON M15	102
JENTADUETO	108	klor-con m20	102
JENTADUETO XR	108	KLOR-CON 10	102
JEVTANA	86	KLOR-CON 8	102
juleber	36	KONSYL SUGAR-FREE	120
JULUCA	98	KORLYM	57
junel fe 1.5/30 (28)	36	KOSELUGO	86
junel fe 1/20 (28)	36	KRAZATI	86
junel fe 24	36	KRINTAFEL	93
junel 1.5/30 (21)	36	kurvelo (28)	36
junel 1/20 (21)	36	KYNMOBI	17
K		KYPROLIS	86, 87
KABIVEN	102	L	
KADCYLA	86	l norgest/e.estradiol-e.estrad	36
kalliga	36	labetalol	21
KALYDECO	112	lacosamide	74
KANJINTI	86	lactated ringers	57, 102
kariva (28)	36	lactulose	32
kelnor 1-50 (28)	36	LAGEVRIO (EUA)	57
kelnor 1/35 (28)	36	lamivudine	98
KERENDIA	21	lamivudine-zidovudine	98
KESIMPTA PEN	27	lamotrigine	74
ketoconazole	80	LAMPIT	93
ketorolac	50, 65	lanreotide	42
KEVZARA	46	lansoprazole	32
KEYTRUDA	86	LANTUS SOLOSTAR U-100 INSULIN	108
KIMMTRAK	86	LANTUS U-100 INSULIN	108
KINRIX (PF)	46	lapatinib	87
KISQALI	86	larin fe 1.5/30 (28)	36
KISQALI FEMARA CO-PACK	86	larin fe 1/20 (28)	36

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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 1.5/30 (21)	36	levoleucovorin calcium	87
larin 1/20 (21)	36	levonest (28)	36
larin 24 fe	36	levonorg-eth estrad triphasic	36
larissia	36	levonorgestrel	120
latanoprost	50	levonorgestrel-ethinyl estrad	36
LATUDA	95	levora-28	36
laxative (bisacodyl)	120	levothyroxine	42
laxative (sennosides)	120	LEVOXYL	42
ledipasvir-sofosbuvir	98	LEXIVA	98
leena 28	36	LIBTAYO	87
leflunomide	46	lidocaine	66
lenalidomide	87	lidocaine hcl	66
LENVIMA	87	lidocaine viscous	66
lessina	36	lidocaine-prilocaine	66
letrozole	87	lillow (28)	36
leucovorin calcium	87	lincomycin	70
LEUKERAN	87	lindane	30
leuprolide	42	linezolid	70
leuprolide (3 month)	42	linezolid in dextrose 5%	70
LEVEMIR FLEXPEN	108	linezolid-0.9% sodium chloride	71
LEVEMIR FLEXTOUCH U100 INSULIN	108	LINZESS	32
LEVEMIR U-100 INSULIN	108	liothyronine	42
levetiracetam	74	lisinopril	21
levetiracetam in nacl (iso-os)	74	lisinopril-hydrochlorothiazide	21
LEVO-T	42	LITE TOUCH INSULIN PEN NEEDLES	57
levobunolol	50	LITE TOUCH INSULIN SYRINGE	58
levocarnitine	102	lithium carbonate	52
levocarnitine (with sugar)	102	LITHOSTAT	58
levocetirizine	112	lo-zumandimine (28)	36
levofloxacin	70	LOESTRIN FE 1.5/30 (28-DAY)	36
levofloxacin in d5w	70	LOESTRIN FE 1/20 (28-DAY)	37

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



LOESTRIN 1.5/30 (21)	36	LYNPARZA	87
LOESTRIN 1/20 (21)	36	LYSODREN	43
lojaimiess	37	LYTGOBI	87
LONSURF	87	lyza	37
loperamide	32, 120	M	
lopinavir-ritonavir	98	m-dryl	120
loratadine	120	M-M-R II (PF)	46
lorazepam	67	m-natal plus	103
lorazepam intensol	67	m-pap	120
LORBRENA	87	mag-al plus	120
loryna (28)	37	mag-al plus extra strength	120
losartan	21	MAGELLAN INSULIN SAFETY SYRNG	58
losartan-hydrochlorothiazide	21	MAGELLAN SYRINGE	58
lovastatin	21	magnesium hydroxide	120
low-ogestrel (28)	37	magnesium oxide	120
loxapine succinate	95	magnesium sulfate	103
LUMAKRAS	87	magnesium sulfate in d5w	103
LUMIGAN	50	malathion	30
LUMOXITI	87	maraviroc	98
LUNSUMIO	87	MARGENZA	87
LUPRON DEPOT	42, 43	marlissa (28)	37
LUPRON DEPOT (3 MONTH)	43	MARPLAN	77
LUPRON DEPOT (4 MONTH)	43	MATULANE	87
LUPRON DEPOT (6 MONTH)	43	MAXI-COMFORT INSULIN SYRINGE	58
LUPRON DEPOT-PED	43	MAXICOMFORT II PEN NEEDLE	58
LUPRON DEPOT-PED (3 MONTH)	43	MAXICOMFORT INSULIN SYRINGE	58
lurasidone	95	MAXICOMFORT SAFETY PEN NEEDLE	58
lutra (28)	37	meclizine	78, 120
LYBALVI	95	medroxyprogesterone	37
lyleq	37	mefloquine	93
lyllana	37	megestrol	37

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



MEKINIST	87	methylprednisolone sodium succ	41
MEKTOVI	87	metipranolol	50
meloxicam	65	metoclopramide hcl	78
melphalan	87	metolazone	21
melphalan hcl	88	metoprolol succinate	21
memantine	14	metoprolol ta-hydrochlorothiaz	21
MENACTRA (PF)	46	metoprolol tartrate	21
MENEST	37	metronidazole	71
MENQUADFI (PF)	46	metronidazole in nacl (iso-os)	71
MENVEO A-C-Y-W-135-DIP (PF)	46, 47	metyrosine	21
MEPHYTON	115	miconazole nitrate	120
mercaptopurine	88	miconazole-3	80, 120, 121
meropenem	71	miconazole-7	121
meropenem-0.9% sodium chloride	71	MICRODOT INSULIN PEN NEEDLE	58
mesalamine	25	microgestin fe 1.5/30 (28)	37
MESNEX	88	microgestin fe 1/20 (28)	37
metformin	108	microgestin 1.5/30 (21)	37
methadone	65	microgestin 1/20 (21)	37
methazolamide	21	microgestin 24 fe	37
methenamine hippurate	71	midodrine	21
methimazole	44	migraine formula	121
methocarbamol	110	migraine relief	121
methotrexate sodium	47	mili	37
methotrexate sodium (pf)	47	milk of magnesia	121
methoxsalen	30	mimvey	37
methsuximide	74	MINI ULTRA-THIN II	58
methyldopa	21	minocycline	71
methyldopa-hydrochlorothiazide	21	minoxidil	21
methylphenidate hcl	27	mintox maximum strength	121
methylprednisolone	41	mintox plus	121
methylprednisolone acetate	41		

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



MIRCETTE (28)	37	mucinex fast-max chest-congest	121
mirtazapine	77	mucus dm	121
misoprostol	32	mucus dm max er	121
MITIGARE	15	mucus relief er	121
mitomycin	88	MUCUS-CHEST CONGESTION	121
mitoxantrone	88	mucus-er max	121
modafinil	51	MULTAQ	21
moexipril	21	mupirocin	30
molindone	95	MUTAMYCIN	88
mometasone	30	MVASI	88
mondoxyne nl	71	my choice	121
MONJUVI	47	my way	121
mono-lynyah	37	MYALEPT	32
MONOJECT INSULIN SAFETY SYRING	58	mycophenolate mofetil	47
MONOJECT INSULIN SYRINGE	58	mycophenolate mofetil (hcl)	47
MONOJECT SYRINGE	58	mycophenolate sodium	47
MONOJECT ULTRA COMFORT INSULIN	58	MYFORTIC	47
montelukast	112	MYLOTARG	88
morphine	65	myorisan	30
morphine concentrate	65	MYRBETRIQ	33
motion sickness	121	N	
motion sickness (meclizine)	121	nabumetone	65
motion sickness relief	121	nafcillin	71
motion sickness relief(mecliz)	121	nafcillin in dextrose iso-osm	71
motion-time	121	nalmefene	26
MOUNJARO	108	naloxone	26
MOVANTIK	32	naltrexone	26
moxifloxacin	50, 71	NAMZARIC	14
MOZOBIL	106	naproxen	65
MUCINEX	121	naproxen sodium	65, 121
MUCINEX DM	121	naratriptan	16

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



nasal decongestant (pseudoeph)	121	niacor	22
NATACYN	50	nicotine	121
nateglinide	109	nicotine (polacrilex)	121
NATPARA	24	NICOTROL NS	26
natura-lax	121	nifedipine	22
nausea relief	121	nikki (28)	37
NAYZILAM	74	nilutamide	88
nebivolol	21	nimodipine	22
NEBUPENT	93	NINLARO	88
necon 0.5/35 (28)	37	nitazoxanide	93
nefazodone	77	nitisinone	114
nelarabine	88	nitrofurantoin macrocrystal	71
neo-polycin	50	nitrofurantoin monohyd/m-cryst	71
neo-polycin hc	50	nitroglycerin	22
neomycin	71	NITROSTAT	22
neomycin-bacitracin-poly-hc	50	NIVESTYM	106
neomycin-bacitracin-polymyxin	50	nizatidine	32
neomycin-polymyxin b-dexameth	50	non-aspirin pain relief	122
neomycin-polymyxin-gramicidin	50	nora-be	37
neomycin-polymyxin-hc	14, 50	noreth-ethinyl estradiol-iron	37
NEONATAL COMPLETE	103	norethindrone (contraceptive)	37
NEONATAL PLUS VITAMIN	103	norethindrone ac-eth estradiol	37
NEONATAL-DHA	103	norethindrone acetate	38
NERLYNX	88	norethindrone-e.estradiol-iron	38
NEULASTA	106	norgestimate-ethinyl estradiol	38
NEULASTA ONPRO	106	norlyda	38
nevirapine	98	NORMOSOL-M IN 5 % DEXTROSE	103
new day	121	NORMOSOL-R	103
NEXLETOL	21	NORMOSOL-R IN 5 % DEXTROSE	103
NEXLIZET	21	NORMOSOL-R PH 7.4	103
niacin	22	nortrel 0.5/35 (28)	38

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



nortrel 1/35 (21)	38	nymyo	38
nortrel 1/35 (28)	38	nystatin	80
nortrel 7/7/7 (28)	38	nystatin-triamcinolone	80
nortriptyline	77	nystop	80
NORVIR	98	O	
NOVOFINE AUTOCOVER	58	O-CAL PRENATAL	103
NOVOFINE PLUS	58	ocella	38
NOVOFINE 32	58	octreotide acetate	43
NOVOLIN N FLEXPEN	109	ODEFSEY	99
NOVOLIN N NPH U-100 INSULIN	109	ODOMZO	88
NOVOLIN R FLEXPEN	109	OFEV	113
NOVOLIN R REGULAR U100 INSULIN	109	ofloxacin	14, 50, 71
NOVOLIN 70-30 FLEXPEN U-100	109	olanzapine	95
NOVOLIN 70/30 U-100 INSULIN	109	olmesartan	22
NOVOLOG FLEXPEN U-100 INSULIN	109	olmesartan-hydrochlorothiazide	22
NOVOLOG MIX 70-30 U-100 INSULIN	109	olopatadine	50
NOVOLOG MIX 70-30FLEXPEN U-100	109	omega-3 acid ethyl esters	22
NOVOLOG PENFILL U-100 INSULIN	109	omeprazole	32
NOVOLOG U-100 INSULIN ASPART	109	OMNITROPE	40
NOVOPEN ECHO	58	ONCASPAR	88
NOVOTWIST	58	ondansetron	78
NOXAFIL	80	ondansetron hcl	78
NUBEQA	88	ondansetron hcl (pf)	78, 79
NUCALA	112, 113	ONIVYDE	88
NUDEXTA	27	ONUREG	88
NUPLAZID	95	opcicon one-step	122
NUTRILIPID	103	OPDIVO	88
NUZYRA	71	OPDUALAG	88
nyamyc	80	OPSUMIT	113
nylia 1/35 (28)	38	option-2	122
nylia 7/7/7 (28)	38	ORACIT	115

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



oralone	28	PANRETIN	88
ORBACTIV	71	pantoprazole	32
ORGOVYX	43	paraplatin	88
ORKAMBI	113	paricalcitol	25
ORSERDU	88	paroex oral rinse	28
orsythia	38	paromomycin	71
ORTHO-NOVUM 7/7/7 (28)	38	paroxetine hcl	77
oseltamivir	99	PASER	81
OSPHENA	38	PAXIL	77
OTEZLA	30	PAXLOVID	59
OTEZLA STARTER	30	PEDIA-LAX	122
oxaliplatin	88	pedia-lax stool softener	122
oxandrolone	38	PEDIARIX (PF)	47
oxazepam	67	PEDVAX HIB (PF)	47
oxcarbazepine	74	peg 3350-electrolytes	32
oxybutynin chloride	33	peg-electrolyte soln	32
oxycodone	65	PEGASYS	47
oxycodone-acetaminophen	65	PEMAZYRE	88
OZEMPIC	109	pemetrexed	88
		pemetrexed disodium	89
P		PEN NEEDLE	59
PACERONE	22	PEN NEEDLE, DIABETIC	59
paclitaxel	88	PEN NEEDLE, DIABETIC, SAFETY	59
paclitaxel protein-bound	88	penicillamine	103
PADCEV	88	penicillin g potassium	71
pain relief (acetaminophen)	122	penicillin g procaine	71
pain relief es (acetaminophen)	122	penicillin g sodium	71
pain reliever (acetaminophen)	122	penicillin v potassium	71
pain reliever es(acetaminophn)	122	PENTACEL (PF)	47
pain reliever plus	122	PENTAM	93
paliperidone	95	pentamidine	93
pamidronate	24, 25		

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



PENTIPS	59	PIP PEN NEEDLE	59
pentoxifylline	22	piperacillin-tazobactam	71
PERFOROMIST	113	PIQRAY	89
PERIKABIVEN	103	pirfenidone	113
perindopril erbumine	22	pirmella	38
periogard	28	piroxicam	66
PERJETA	89	PLASMA-LYTE A	103
permethrin	30	PLASMA-LYTE 148	103
perphenazine	95	podofilox	30
perphenazine-amitriptyline	77	POLIVY	89
PERSERIS	95	polycin	51
pfizerpen-g	71	polyethylene glycol 3350	122
phenelzine	77	polymyxin b sulf-trimethoprim	51
phenobarbital	74	polymyxin b sulfate	71
PHENYTEK	74	POMALYST	89
phenytoin	74	portia 28	38
phenytoin sodium	74	PORTRAZZA	89
phenytoin sodium extended	74	posaconazole	80
PHOSPHOLINE IODIDE	50	potassium chlorid-d5-0.45%nacl	103
PHYSIOLYTE	59	potassium chloride	103
PHYSIOSOL IRRIGATION	59	potassium chloride in lr-d5	103
phytonadione (vitamin k1)	115	potassium chloride in water	104
PIFELTRO	99	potassium chloride in 0.9%nacl	103
pilocarpine hcl	28, 50	potassium chloride in 5 % dex	103
pimecrolimus	30	potassium chloride-d5-0.2%nacl	104
pimozide	95	potassium chloride-d5-0.3%nacl	104
pimtrea (28)	38	potassium chloride-d5-0.9%nacl	104
pinaway	122	potassium chloride-0.45 % nacl	104
pink bismuth	122	potassium citrate	104
pinworm treatment	122	POTELIGEO	89
pioglitazone	109	pr natal 400	104

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



pr natal 400 ec	104	primidone	75
pr natal 430	104	PRIMSOL	72
pr natal 430 ec	104	PRIORIX (PF)	47
pramipexole	17	PRO COMFORT ALCOHOL PADS	59
prasugrel	106	PRO COMFORT INSULIN SYRINGE	59
pravastatin	22	PRO COMFORT PEN NEEDLE	59
prazosin	22	probenecid	15
PRED-G	51	probenecid-colchicine	15
prednisolone	41	procainamide	22
prednisolone acetate	51	PROCALAMINE 3%	104
prednisolone sodium phosphate	41, 51	prochlorperazine	79
prednisone	41	prochlorperazine edisylate	79
prednisone intensol	41	prochlorperazine maleate	79
pregabalin	27, 28	PROCRIT	106
PREHEVBRIO (PF)	47	procto-med hc	30
PREMARIN	38	proctosol hc	31
PREMASOL 10 %	104	proctozone-hc	31
PRENATA	104	PRODIGY INSULIN SYRINGE	59
PRENATABS FA	104	progesterone	38
prenatal plus (calcium carb)	104	progesterone micronized	38
prenatal plus vitamin-mineral	104	PROGRAF	47
PRENATE ELITE	104	PROLASTIN-C	114
preplus	104	PROLEUKIN	89
prevalite	22	PROLIA	25
PREVENT DROPSAFE PEN NEEDLE	59	PROMACTA	106
previfem	38	promethazine	79
PREVYMIS	99	promethazine-codeine	115
PREZCOBIX	99	promethazine-phenyleph-codeine	115
PREZISTA	99	propafenone	22
PRIFTIN	81	proparacaine	51
primaquine	93	propranolol	22

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



propranolol-hydrochlorothiazid	22	ready-to-use enema	122
propylthiouracil	44	reclipsen (28)	38
PROQUAD (PF)	47	RECOMBIVAX HB (PF)	47
protriptyline	77	RECTIV	59
pseudoephedrine hcl	122	reese's pinworm medicine	122
PULMOZYME	113	REGRANEX	31
PURE COMFORT ALCOHOL PADS	59	RELENZA DISKHALER	99
PURE COMFORT PEN NEEDLE	59	reno caps	122
PURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE	59	repaglinide	109
PURIXAN	89	REPATHA PUSHTRONEX	23
PYLERA	32	REPATHA SURECLICK	23
pyrazinamide	81	REPATHA SYRINGE	23
pyridostigmine bromide	15	RESTASIS	51
pyridoxine (vitamin b6)	115	RESTASIS MULTIDOSE	51
PYRUKYND	106	RETACRIT	106
Q		RETEVMO	89
QINLOCK	89	RETROVIR	99
QUADRACEL (PF)	47	REVCovi	114
quetiapine	95	REXULTI	95
quinapril	23	REYATAZ	99
quinapril-hydrochlorothiazide	23	REZLIDHIA	89
quinidine sulfate	23	REZUROCK	47
quinine sulfate	93	RHOPRESSA	51
QULIPTA	16	RIABNI	89
R		ribavirin	59, 99
RABAVERT (PF)	47	rifabutin	81
raloxifene	38	rifampin	81
ramipril	23	riluzole	28
ranolazine	23	rimantadine	99
rasagiline	17	ringer's	59, 104
RAYALDEE	25	RINVOQ	47

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



risedronate	25	sajazir	48
RISPERDAL CONSTA	95	saline nasal	122
risperidone	95, 96	SANCUSO	79
ritonavir	99	SANDIMMUNE	48
rivastigmine tartrate	14	SANDOSTATIN LAR DEPOT	43
rizatriptan	16	SANTYL	31
robafen	122	sapropterin	114
robafen dm cough	122	SARCLISA	89
robafen dm cough-chest congest	122	SAVELLA	28
ROCKLATAN	51	SCSEMBLIX	89
roflumilast	113	scopolamine base	79
romidepsin	89	se-natal 19 chewable	104
ropinirole	17	SECUADO	96
rosuvastatin	23	SECURESAFE INSULIN SYRINGE	60
ROTARIX	48	SECURESAFE PEN NEEDLE	60
ROTATEQ VACCINE	48	selegiline hcl	17
roweepra	75	SELZENTRY	99
roweepra xr	75	senexon-s	122
ROZLYTREK	89	senna	122
RUBRACA	89	senna lax	122
rufinamide	75	senna laxative	122
RUKOBIA	99	senna plus	122
RUXIENCE	89	senna-s	122
RUZURGI	28	senna-time s	122
RYBELSUS	109	sennosides	123
RYBREVANT	89	sennosides-docusate sodium	123
RYDAPT	89	SENOKOT	123
RYLAZE	89	SENOKOT EXTRA STRENGTH	123
		SENOKOT-S	123
S		sertraline	77
SAFESNAP INSULIN SYRINGE	59	setlakin	38
SAFETY PEN NEEDLE	60		

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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	104	sodium polystyrene sulfonate	105
sharobel	38	solifenacin	33
SHINGRIX (PF)	48	SOLQUA 100/33	109
SIGNIFOR	43	SOLTAMOX	89
SILACE	123	SOLU-MEDROL	41
siladryl sa	123	SOLU-MEDROL (PF)	41
silapap	123	SOMATULINE DEPOT	43
sildenafil (pulm.hypertension)	113	SOMAVERT	43
siltussin sa	123	sorafenib	89
siltussin-dm	123	SORBITOL	123
silver sulfadiazine	31	sorine	23
simliya (28)	38	sotalol	23
SIMULECT	48	sotalol af	23
simvastatin	23	SPIRIVA RESPIMAT	113
sirolimus	48	SPIRIVA WITH HANDIHALER	113
SIRTURO	81	spironolacton-hydrochlorothiaz	23
SIVEXTRO	72	spironolactone	23
SKY SAFETY PEN NEEDLE	60	sprintec (28)	38
SKYRIZI	48	SPRITAM	75
SLYND	38	SPRYCEL	89, 90
SMOFLIPID	104	SPS (WITH SORBITOL)	105
sodium bicarbonate	104, 123	sronyx	39
SODIUM BICARBONATE (BULK)	123	SSD	31
sodium chloride	60, 104	stavudine	99
sodium chloride 0.45 %	104	STELARA	48
sodium chloride 0.9 %	104	stimulant laxative plus	123
sodium chloride 3 % hypertonic	105	STIOLTO RESPIMAT	113
sodium chloride 5 % hypertonic	105	STIVARGA	90
sodium citrate-citric acid	123	stomach relief	123
sodium oxybate	51	stool softener	123
sodium phenylbutyrate	114	stool softener (docusate cal)	123

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



stool softener-laxative	123	SURE-JECT INSULIN SYRINGE	60
stool softener-stimulant laxat	123	SURE-PREP ALCOHOL PREP PADS	60
STRENSIQ	114	syeda	39
streptomycin	72	SYLVANT	48
STRIBILD	99	SYMBICORT	113
STRIVERDI RESPIMAT	113	SYMDEKO	113
subvenite	75	SYMFI	99
subvenite starter (blue) kit	75	SYMFI LO	99
subvenite starter (green) kit	75	SYMJEPI	113
subvenite starter (orange) kit	75	SYMLINPEN 120	109
SUCRAID	114	SYMLINPEN 60	109
sucralfate	32	SYMPAZAN	75
sudogest	123	SYMTUZA	99
sulfacetamide sodium	51, 72	SYNAREL	43
sulfacetamide-prednisolone	51	SYNERCID	72
sulfadiazine	72	SYNJARDY	109
sulfamethoxazole-trimethoprim	72	SYNJARDY XR	109
sulfasalazine	25	SYNRIBO	90
sulindac	66	SYNTHROID	42
sumatriptan	16	T	
sumatriptan succinate	16	TABLOID	90
sunitinib malate	90	TABRECTA	90
SUNLENCA	99	tacrolimus	31, 48
suphedrin	123	tadalafil (pulm. hypertension)	113
SUPRAX	72	TAFINLAR	90
SURE COMFORT ALCOHOL PREP PADS	60	TAGRISSO	90
SURE COMFORT INS. SYR. U-100	60	TALZENNA	90
SURE COMFORT INSULIN SYRINGE	60	tamoxifen	90
SURE COMFORT PEN NEEDLE	60	tamsulosin	33
SURE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE	60	TARGRETIN	90
SURE-FINE PEN NEEDLES	60	tarina fe 1-20 eq (28)	39

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



tarina fe 1/20 (28)	39	tetrabenazine	28
tarina 24 fe	39	THALOMID	90
TASIGNA	90	theophylline	113
tasimelteon	52	thiamine hcl (vitamin b1)	115
tazarotene	31	THINPRO INSULIN SYRINGE	61
taztia xt	23	thioridazine	96
TAZVERIK	90	thiotepa	90
TDVAX	48	thiothixene	96
TECENTRIQ	90	tiadylt er	23
TECHLITE INSULIN SYRINGE	60	tiagabine	75
TECHLITE INSULN SYR(HALF UNIT)	60	TIBSOVO	90
TECHLITE PEN NEEDLE	60	TICOVAC	48
TECVAYLI	90	tigecycline	72
TEFLARO	72	tilia fe	39
telmisartan	23	timolol maleate	23, 51
telmisartan-amlodipine	23	timolol maleate (pf)	51
temazepam	52	tinidazole	72
TEMIXYS	99	tioconazole	123
temsirolimus	90	tioconazole-1	123
TENIVAC (PF)	48	tiopronin	33
tenofovir disoproxil fumarate	99	TIVDAK	90
TEPMETKO	90	TIVICAY	100
terazosin	23	TIVICAY PD	100
terbinafine hcl	80	tizanidine	15
terconazole	80	tobramycin	51, 72
teriflunomide	28	tobramycin sulfate	72
TERUMO INSULIN SYRINGE	61	tobramycin with nebulizer	72
testosterone	39	tobramycin-dexamethasone	51
testosterone cypionate	39	tolterodine	33
testosterone enanthate	39	TOPCARE CLICKFINE	61
TETANUS,DIPHThERIA TOX PED(PF)	48	TOPCARE ULTRA COMFORT	61

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



topiramate	16	tri-lo-marzia	39
topotecan	90	tri-lo-mili	39
toremifene	90	tri-lo-sprintec	39
torse mide	23	tri-mili	39
TOUJEO MAX U-300 SOLOSTAR	109	tri-nymyo	39
TOUJEO SOLOSTAR U-300 INSULIN	110	tri-previfem (28)	39
TPN ELECTROLYTES	105	tri-sprintec (28)	39
TRADJENTA	110	tri-vylibra	39
tramadol	66	tri-vylibra lo	39
tramadol-acetaminophen	66	triamcinolone acetonide	28, 41
trandolapril	23	triamterene-hydrochlorothiazid	23
tranexamic acid	106	triderm	41
tranylcypromine	77	trientine	105
TRAVASOL 10 %	105	trifluoperazine	96
travoprost	51	trifluridine	51
TRAZIMERA	90	trihexyphenidyl	17
trazodone	78	TRIJARDY XR	110
TREANDA	90	TRIKAFTA	113
TRECATOR	81	trilyte with flavor packets	32
TRELEGY ELLIPTA	113	trimethobenzamide	79
TRELSTAR	43	trimethoprim	72
TRESIBA FLEXTOUCH U-100	110	trimipramine	78
TRESIBA FLEXTOUCH U-200	110	trinatal rx 1	105
TRESIBA U-100 INSULIN	110	TRINTELLIX	78
tretinoin	31	TRISENOX	90
tretinoin (antineoplastic)	90	TRIUMEQ	100
tri femynor	39	TRIUMEQ PD	100
tri-buffered aspirin	123	triveen-duo dha	105
tri-legest fe	39	trivora (28)	39
tri-lynyah	39	TRIZIVIR	100
tri-lo-estarylla	39	TRODELVY	91

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



TROGARZO	100	ULTICARE INSULIN SYRINGE	61
TROPHAMINE 10 %	105	ULTICARE INSULN SYR(HALF UNIT)	62
TRUE COMFORT ALCOHOL PADS	61	ULTICARE PEN NEEDLE	62
TRUE COMFORT INSULIN SYRINGE	61	ULTICARE SAFETY PEN NEEDLE	62
TRUE COMFORT PEN NEEDLE	61	ULTIGUARD SAFEPAK-INSULIN SYR	62
TRUE COMFORT PRO ALCOHOL PADS	61	ULTIGUARD SAFEPAK-PEN NEEDLE	62
TRUE COMFORT PRO INS SYRINGE	61	ULTILET ALCOHOL SWAB	62
TRUE COMFORT SAFETY PEN NEEDLE	61	ULTILET INSULIN SYRINGE	62
TRUEPLUS INSULIN	61	ULTILET PEN NEEDLE	62
TRUEPLUS PEN NEEDLE	61	ULTRA CMFT INS SYR (HALF UNIT)	62
TRULICITY	110	ULTRA COMFORT INSULIN SYRINGE	62
TRUMENBA	48	ULTRA FLO INSUL SYR(HALF UNIT)	62
TRUSELTIQ	91	ULTRA FLO INSULIN SYRINGE	62
TUKYSA	91	ULTRA FLO PEN NEEDLE	62
tulana	39	ULTRA THIN PEN NEEDLE	62
TURALIO	91	ULTRA-THIN II (SHORT) INS SYR	62
tusnel diabetic	123	ULTRA-THIN II (SHORT) PEN NDL	63
tussin dm	123	ULTRA-THIN II INS PEN NEEDLES	63
tussin dm clear	123	ULTRA-THIN II INSULIN SYRINGE	63
tussin dm cough and chest	124	ULTRACARE INSULIN SYRINGE	63
tussin mucus-chest congestion	124	ULTRACARE PEN NEEDLE	63
TWINRIX (PF)	48	UNIFINE PEN NEEDLE	63
TYBLUME	39	UNIFINE PENTIPS	63
TYBOST	100	UNIFINE PENTIPS MAXFLOW	63
TYMLOS	25	UNIFINE PENTIPS PLUS	63
TYPHIM VI	48	UNIFINE PENTIPS PLUS MAXFLOW	63
U		UNIFINE SAFECONTROL	63
		UNIFINE ULTRA PEN NEEDLE	63
UBRELVY	61	UNITHROID	42
UDENYCA	106	UNITUXIN	91
UDENYCA AUTOINJECTOR	107	ursodiol	32, 33
ULTICARE	61		

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



UVADEX	31	VERIPRED 20	41
V		VERSACLOZ	96
valacyclovir	100	VERZENIO	91
VALCHLOR	91	vestura (28)	39
valganciclovir	100	VICTOZA 2-PAK	110
valproate sodium	75	VICTOZA 3-PAK	110
valproic acid	75	vienva	39
valproic acid (as sodium salt)	75	vigabatrin	75
valsartan	23, 24	vigadrone	75
valsartan-hydrochlorothiazide	24	VIIBRYD	78
VALTOCO	75	vilazodone	78
vanadom	110	vinblastine	91
vancomycin	72	vincasar pfs	91
VANISHPOINT INSULIN SYRINGE	63	vincristine	91
VANISHPOINT SYRINGE	63	vinorelbine	91
VAQTA (PF)	48	vioele (28)	39
varenicline	26	VIRACEPT	100
VARIVAX (PF)	48	VIREAD	100
VARIZIG	48	virt-c dha	105
VASCEPA	24	virt-nate dha	105
VECTIBIX	91	VISTOGARD	91
velivet triphasic regimen (28)	39	vitamin d2	115
VELTASSA	105	vitamin k1	115
VEMLIDY	100	VITRAKVI	91
VENCLEXTA	91	VIVITROL	26
VENCLEXTA STARTING PACK	91	VIZIMPRO	91
venlafaxine	78	VOCABRIA	100
VENTOLIN HFA	114	volnea (28)	39
verapamil	24	VONJO	91
VERIFINE INSULIN SYRINGE	63	voriconazole	80, 81
VERIFINE PEN NEEDLE	63	VOSEVI	100

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



VOTRIENT	91	XOSPATA	91
VRAYLAR	96	XPOVIO	91, 92
VUMERITY	28	XTAMPZA ER	66
vylibra	39	XTANDI	92
VYNDAMAX	115	XULTOPHY 100/3.6	110
VYNDAQEL	115	XYREM	52
VYXEOS	91	Y	
W		YERVOY	92
warfarin	107	YF-VAX (PF)	49
water for irrigation, sterile	63	YONDELIS	92
WEBCOL	63	Z	
WELIREG	91	zafirlukast	114
wera (28)	40	ZALTRAP	92
wesnate dha	105	ZANOSAR	92
westab plus	105	zarah	40
WINRHO SDF	49	ZARXIO	107
wixela inhub	114	ZEGALOGUE AUTOINJECTOR	110
women's gentle laxative(bisac)	124	ZEGALOGUE SYRINGE	110
wymzya fe	40	ZEJULA	92
X		ZELBORAF	92
XALKORI	91	zenatane	31
XARELTO	107	ZEPZELCA	92
XARELTO DVT-PE TREAT 30D START	107	ZERBAXA	72
XATMEP	49	zidovudine	100
XCOPRI	75	ziprasidone hcl	96
XCOPRI MAINTENANCE PACK	75	ziprasidone mesylate	96
XCOPRI TITRATION PACK	76	ZIRABEV	92
XGEVA	25	ZIRGAN	100
XIFAXAN	33	ZOKINVY	115
XOFLUZA	100	zoledronic acid	25
XOLAIR	49	zoledronic acid-mannitol-water	25

Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del Centro. La llamada es gratuita. **Para obtener más información**, visite **Humana.com**.



ZOLINZA	92
zolpidem	52
ZONISADE	76
zonisamide	76
zovia 1-35 (28)	40
zovia 1/35e (28)	40
ZTALMY	76
ZUBSOLV	26
zumandimine (28)	40
ZYDELIG	92
ZYKADIA	92
ZYNLONTA	92
ZYNYZ	92
ZYPITAMAG	24
ZYPREXA RELPREVV	96
1ST TIER UNIFINE PENTIPS	52
1ST TIER UNIFINE PENTIPS PLUS	52
3-day vaginal	115



Puede encontrar información sobre el significado de los símbolos y abreviaturas de esta tabla visitando la página 13. **Si tiene preguntas**, llame a Humana Gold Plus Integrated (Medicare-Medicaid Plan) al 1-800-787-3311 (TTY: 711), lunes a viernes, 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.

Enfermedades del oído.....	14		52
Demencia.....	14	Dolor.....	64
.....	15	Dolor local.....	66
.....	15	Ansiedad.....	66
Miastenia grave.....	15	Infecciones bacterianas.....	67
Migrañas.....	15	Convulsiones.....	72
.....	16	Depresión.....	76
Enfermedades relacionadas con el corazón.....	17	Nausea y vómitos.....	78
.....	24	Infecciones por hongos.....	79
.....	25	Tuberculosis.....	81
.....	26		81
Enfermedades del sistema nervioso.....	26	Infecciones por parásitos.....	92
Enfermedades orales y dentales.....	28	Enfermedades psicológicas y del estado de ánimo.....	93
Enfermedades de la piel.....	28	Infecciones virales.....	96
Enfermedades gastrointestinales.....	31	Deficiencias de vitaminas.....	100
Enfermedades de la vejiga y la próstata.....	33		105
Desbalance de hormonas sexuales.....	34	Diabetes.....	107
Reemplazo de la hormona pituitaria.....	40		110
.....	40		111
Reemplazo de la hormona tiroidea.....	42		114
Enfermedades de la hormona pituitaria.....	42		115
.....	43		115
Enfermedades tiroideas hiperactivas.....	44		
Enfermedades del sistema inmune y vacunas.....	44		
.....	49		
.....	51		
Trastorno bipolar.....	52		

Llámenos si nos necesita

Si tiene alguna pregunta, o necesita ayuda para leer o entender este documento, llámenos al **1-800-787-3311 (TTY: 711)**. Estamos a su disposición de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del centro. Sin embargo, tenga en cuenta que nuestro sistema telefónico automatizado puede responder su llamada fuera del horario normal, los fines de semana y los días feriados. Podemos ayudarle sin costo para usted. Podemos explicarle el documento en inglés o en su idioma preferido. También podemos brindarle ayuda si tiene dificultades de la vista o la audición. Consulte su Manual del afiliado para obtener información sobre sus derechos.

En Humana, es importante que usted reciba un trato justo.

Humana Inc. y sus subsidiarias no discriminan ni excluyen a las personas por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, ascendencia, origen étnico, estado civil, religión, idioma, historia clínica, historial de reclamaciones, discapacidad física o mental, información genética o fuente de pago. La discriminación es contra la ley. Humana y sus subsidiarias cumplen con las leyes aplicables de derechos civiles estatales y federales. Si usted cree que Humana o sus subsidiarias le han discriminado, hay formas de obtener ayuda.

- Usted puede presentar una queja, también conocida como queja formal a: **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 EE. UU., Oficina de Derechos Civiles**, por medios electrónicos a través de su Portal de quejas disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o a **U.S. Department of Health and Human Services**, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**. Los formularios de quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos.

1-800-787-3311 (TTY: 711)

Humana provee recursos y servicios auxiliares gratuitos como, por ejemplo, intérpretes acreditados de lenguaje de señas, interpretación remota por video e información escrita en otros formatos para personas con discapacidades, cuando dichos recursos y servicios auxiliares sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación.

Humana Gold Plus Integrated (plan Medicare-Medicaid) es un plan de salud que tiene un contrato con Medicare y Medicaid de Illinois para proveer los beneficios de ambos programas a los afiliados.

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at **1-800-787-3311 (TTY: 711)**. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al **1-800-787-3311 (TTY: 711)**. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

簡體中文 (Simplified): 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 **1-800-787-3311 (TTY: 711)**。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

廣東話 (Cantonese): 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 **1-800-787-3311 (TTY: 711)**。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog (Tagalog – Filipino): Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa **1-800-787-3311 (TTY: 711)**. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

Français (French): Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au **1-800-787-3311 (TTY: 711)**. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Tiếng Việt (Vietnamese): Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi **1-800-787-3311 (TTY: 711)** sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

Deutsch (German): Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelpflichtplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter **1-800-787-3311 (TTY: 711)**. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

한국어 (Korean): 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 **1-800-787-3311 (TTY: 711)** 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Русский (Russian): Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону **1-800-787-3311 (TTY: 711)**. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

العربية Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على **1-800-787-3311 (TTY: 711)**. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

हिंदी (Hindi): हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें **1-800-787-3311 (TTY: 711)** पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italiano (Italian): È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero **1-800-787-3311 (TTY: 711)**. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Português (Portuguese): Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número **1-800-787-3311 (TTY: 711)**. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

Kreyòl Ayisyen (French Creole): Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan **1-800-787-3311 (TTY: 711)**. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polski (Polish): Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer **1-800-787-3311 (TTY: 711)**. Ta usługa jest bezpłatna.

日本語 (Japanese): 当社の健康健康保険と薬品処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、**1-800-787-3311 (TTY: 711)** にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

[illegible]

[illegible]

LEER CON ATENCIÓN: ESTE DOCUMENTO CONTIENE INFORMACIÓN SOBRE LOS MEDICAMENTOS QUE CUBRIMOS PARA ESTE PLAN. ESTE FORMULARIO FUE ACTUALIZADO EL 07/11/2023. PARA PEDIR INFORMACIÓN MÁS RECIENTE O SI TIENE PREGUNTAS, 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.

Humana®